Nr. 2 R. 1939. MARZEC — KWIECIEŃ ROK XXXIV

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT LEK.-DENTYSTYCZNY.

Prof. Dr. Karol Jonscher. **Poznań.**

KRZYWICA W ŚWIETLE NOWYCH BADAŃ I JEJ WPŁYW NA UZĘBIENIE DZIECKA ORAZ ŚRODKI ZAPOBIEGAWCZE.

(Wyjątek z pracy p. t. „Krzywica i limfantyzm“, Pamiętnik IX Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku).

(P. zesz. I r. b.)

Musimy rozpatrzeć dwa zagadnienia z dziedziny kliniki krzywicy.

Pierwszym jest zachowanie się *mięśnia serca*. Mówiliśmy już o stałym występowaniu hipotonii mięśniowej. Działaniu czynników szkodliwych podlega również mięsień serca, wykazujący rozszerzenie i przerost oraz zgrubienia wsierdzia, wskazujące na przewlekłość tej sprawy (Kolisko, Meixner) [1]). Zmiany te występują wyłącznie w przypadkach nagłych zgonów i nie pozostają w związku z samym schorzeniem, a tylko w małym stopniu zależą od utrudnień w krążeniu, wywołanych ewentualnym zniekształceniem kręgłosłupa i klatki piersiowej oraz częstymi schorzeniami dróg oddechowych. Hess zaznacza jednak słusznie, że klinicznie nie stwierdzał powiększenia serca w krzywicy.

Ważnym zagadnieniem z kliniki krzywicy jest sprawa *uzębienia*. Wiemy, że późne występowanie uzębienia mlecznego jest jednym z najczęstszych i najstalszych objawów krzywicy. Wobec zaburzeń w odkładaniu się wapnia w tkance kostnej, należy spodziewać się również ujemnego wpływu krzywicy na budowę i kształtowanie się zębów. Musimy tu rozpatrzeć oddzielnie dwie sprawy: niedorozwój szkliwa i próchnicę.

---

[1]) Wien. kl. Woch. 1928, nr. 36.

Niedorozwój szkliwa zębów mlecznych z powodu krzywicy występuje rzadko, wyłącznie w przypadkach wczesnego działania szkodliwości, wywołujących krzywicę, a więc najczęściej u wcześniaków, i tu nawet na siekaczach (Stein) [2]). W przypadkach krzywicy wrodzonej stwierdzono również podobne zmiany na zębach mlecznych. Rzadkie występowanie niedorozwoju szkliwa zębów mlecznych w krzywicy tłumaczy się tym, że w okresie życia, w którym zwykle powstają warunki, wywołujące krzywicę, mamy do czynienia już z daleko posuniętym ukształtowaniem się koron uzębienia mlecznego. Wpływ szkodliwy tych czynników nie może się więc tutaj zaznaczać.

Odbije się to jednak niewątpliwie na *uzębieniu stałym,* którego korony podlegają zwapnieniu w okresie od 4-go miesiąca życia do 2 lat, czyli w czasie najczęstszego występowania krzywicy. Spostrzegamy wtedy niedorozwój szkliwa, najczęściej na siekaczach, a w konsekwencji szybkie zużycie się, chropowatość powierzchni.

Pogląd o wpływie krzywicy na niedorozwój szkliwa jest przyjęty prawie powszechnie, czego nie można powiedzieć o wpływie tego stanu chorobowego *na próchnicę zębów*. Sprawa próchnicy była ostatnio przedmiotem bardzo rozległych badań w krajach anglo-saskich i doprowadziła większość autorów do wniosków odmiennych od przeważających dawniej. *Częstość próchnicy zębów u dzieci w wieku szkolnym jest w dużym stopniu niezależna od przebycia lub nieprzebycia krzywicy.* Soer [3]) podaje, że 536 dzieciom małym podawano zapobiegawczo witaminę D w ciągu 3 lat, łagodną krzywicę stwierdzono tylko w 3 przypadkach. Natomiast badanie tych dzieci w liczbie 180 w wieku 8 lat wykazało duży odsetek zębów spróchniałych.

Eliot i jej współpracownicy stwierdzili występowanie próchnicy:
w grupie dzieci bez krzywicy w 43%
w grupie dzieci z krzywicą w 63%

Hess, Abramson i Lewis [4]) podają następujące zestawienie dzieci w wieku 7—9 lat, przebywających we wzorowym zakładzie:

Krzywica	Liczba dzieci	Trzonowce mleczne			Pierwszy trzonowiec stały		
		liczba ogólna	spróchniałe		liczba ogólna	spróchniałe	
			liczba	%		liczba	%
Brak	18	114	16	11	72	45	63
Obecna . . .	35	280	63	23	134	80	60

---

[2]) Wien. Kl. Woch. T. 49, nr. 28, 1936.

[3]) Maandschr. v. Kindergeneesk. T. 3, 1934, ref. Am. J. Dis. Child. T. 49, 1935,

[4]) Am. J. Dis. Child. T. 47, 1934.

W zestawieniu tym widzimy dwa razy częstsze występowanie próchnicy trzonowców mlecznych u dzieci krzywiczych, natomiast brak zupełny wpływu tego schorzenia na trzonowce stałe.

Znaczna niezależność próchnicy od krzywicy jest do pewnego stopnia zrozumiała. *Warunki powstawania obu tych stanów chorobowych pokrywają się bardzo często, ale nie całkowicie.*

Dla próchnicy, jak za tym zdają się przemawiać te same badania autorów amerykańskich, czynnikiem najważniejszym jest zakwaszenie organizmu, powstające wskutek spożywania nadmiaru kwasorodnych środków odżywczych, a nie sprawa witaminy D, jak w krzywicy. Zdarza się stosowanie pożywienia ubogiego w czynnik przeciwkrzywiczy, a jednocześnie zasadorodnego, jak np. żywienie się większości naszej ludności wiejskiej przede wszystkim ziemniakami i mlekiem (do kategorii zasadorodnych zaliczamy poza tym jarzyny i owoce). Nie rzadko też spotykamy na wsi dzieci o wyraźnych zmianach krzywiczych, a z zupełnie dobrze ukształtowanym i utrzymanym uzębieniem.

Na podstawie powyższych rozważań o etiologii i patogenezie krzywicy nie trudno przejść do *leczenia*.

Zwalczanie właściwości dziedzicznych przekracza granice naszych możliwości. W myśl wskazań eugenicznych należałoby jednak unikać zawierania związków małżeńskich pomiędzy członkami rodziny, obarczonych obustronnie skłonnością do występowania krzywicy.

Natomiast możemy i musimy przez *należytą opiekę nad matką w okresie ciąży* stwarzać możliwe dobre warunki rozwoju dla płodu, usuwając czynniki, wpływające niekorzystnie na wystąpienie krzywicy wrodzonej lub skłonności do występowania jej. Przy tej okazji należy zaznaczyć, że *rozwój opieki społecznej nad kobietą w okresie ciąży jest u nas wciąż jeszcze w dużym stopniu niedostateczny,* że często nie wykorzystuje się tu nawet tych możliwości, które przewiduje ustawa o ochronie macierzyństwa. Powołane do tego Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem są u nas w znacznej swej większości instytucjami opieki nad dzieckiem i zaniedbują prawie całkowicie opiekę nad matką. Zwłaszcza matki nieślubne znajdują się z nielicznymi wyjątkami poza zasięgiem racjonalnej i skutecznej opieki społecznej.

Zapewnienie kobiecie ciężarnej w ramach możliwości normalnego trybu życia, unikanie nadmiernego przepracowania, co również przewiduje ustawa o ochronie macierzyństwa, zapewnienie racjonalnego żywienia z uwzględnieniem witamin, przede wszystkim witamin A i D, a w razie potrzeby uzupełnienie pożywienia tranem i związkami wapniowymi — wszystko to zmniejszy w dużym stopniu liczbę noworodków wątłych, które bądź umierają w pierwszych dniach i tygodniach życia, bądź

też wiecznie niedomagają i są niezmiernie skłonne do zapadania na krzywicę.

Należy się tu też specjalna wzmianka o konieczności *zwalczania kiły wrodzonej* przez leczenie rodziców i matki w okresie ciąży.

Obok tych szkodliwości życia płodowego należy *zwalczać wszelkie ujemne czynniki, działające na organizm dziecka od chwili jego urodzenia.* Nie ma właściwie przepisu higienicznego, którego przekraczanie stałe nie miałoby wpływu na występowanie krzywicy.

Racjonalne żywienie jest podstawowym czynnikiem zapobiegawczym i leczniczym w krzywicy. Żywienie *piersią*, przede wszystkim przez pierwszych kilka miesięcy, a w razie żywienia sztucznego odpowiedni skład ilościowy, dodanie w odpowiednim czasie soków jarzynowych, jarzyn i owoców, unikanie nadmiaru mleka, a w okresie pozaniemowlęcym wystrzeganie się wszelkiego *jednostronnego, zwłaszcza nadmiernego pożywienia*—to są ogólnikowe wskazówki racjonalnego żywienia. Pomijając krańcowe przypadki niedożywienia z powodu złych warunków ekonomicznych, nadmiar pożywienia, prawie zawsze jednostronny, jest czynnikiem daleko więcej szkodliwym niż żywienie niedostateczne pod względem ilościowym.

Sprawa żywienia wiąże się ściśle z zagadnieniem *powtarzających się lub przewlekających się zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego oraz zakażeń,* których duże znaczenie w powstawaniu krzywicy jest juz znane. Organizm, źle żywiony i niedostatecznie odżywiany, musi być mniej sprawny pod każdym względem, posiada więc również niedostateczną odporność na wszelkie zakażenia, co ma znaczenie tym większe, że bardzo często w tych samych warunkach złego żywienia sposobność do zakażania się jest również raczej zwiększona.

Poza tym mamy jednak stany infekcyjne, których wystąpienie jest zupełnie niezależne od żywienia, jak *kiła wrodzona i gruźlica,* a które wywierają również duży wpływ. Zwalczanie tych plag społecznych przyczyni się też do zmniejszenia się liczby dzieci krzywiczych.

Uregulowanie diety i leczenie istniejących zakażeń, lub zapobieganie im, mają wpływ nie tylko na zapobieganie krzywicy, lecz stanowią również czynniki pierwszorzędnej wagi. *Nie można leczyć krzywicy bez uregulowania diety dziecka i w miarę możności warunków higienicznych jego życia.* Lekarz, przepisujący w takich razach tylko taki lub inny preparat farmakologiczny, pozbawia się nieopatrznie potężnych środków działania na organizm dziecka i wystawia sobie świadectwo lekkomyślności lub nieopanowania zagadnienia. Tak swoisty środek leczniczy jak witamina D zawodzi w dużym stopniu u dzieci krzywiczych w toku zakażenia. Jaskrawym dowodem jest również konieczność równoczesnego leczenia kiły, celem opanowania krzywicy.

Poddanie organizmu dziecka działaniu *powietrza i słońca* jest ważnym bodźcowym środkiem leczniczym w każdym stanie chorobowym. Powoduje to *wzmożenie i uregulowanie działalności tego ważnego narządu, jakim jest skóra,* spełniająca różnorodne czynności, a pomiędzy innymi również wytwarzanie ciał ochronnych. Skóra staje się lepiej ukrwiona, opala się, jędrnieje. Wywiera to też jednocześnie korzystny wpływ na całą *przemianę materii, aktywując ją,* co jest bardzo pożądane. W czynnej krzywicy Gyorgy [5]) stwierdził również zwiększoną ilość związków kwaśnych w moczu, jako następstwo zwolnienia przemiany komórkowej, co ustępuje po leczeniu tranem i lampą kwarcową.

Podobnie aktywująco na przemianę materii działają *kąpiele solankowe,* stosowane empirycznie już od bardzo dawna. Te niewątpliwie korzystne wyniki praktyczne nie znalazły jeszcze pełnego i opartego na większym materiale potwierdzenia i wytłumaczenia naukowego. Nieliczne istniejące badania przemawiają jednak w tym kierunku: stwierdzano zwiększone wydalanie azotu, a ostatnio Schilling-Siengalewicz [6]) wykazał zwiększenie się podstawowej przemiany materii o 20—30% po solance ciechocińskiej (20-minutowa kąpiel, w temp. 37° i w 6,5% soli).

Słuszne wydaje się też twierdzenie, że *kąpiele solankowe* wywierają swój korzystny wpływ leczniczy również drogą *uczulania skóry na działanie promieni pozafiołkowych.* Jest to więc działanie, podobne do uczulającego działania pewnych ciał fosforyzujących.

Wybitnie aktywującemu działaniu klimatu morskiego należy też przypisać, że nie sprzyja on leczeniu krzywicy, w czym współdziała duża zawartość promieni pozafiołkowych.

Poza działaniem ogólno-bodźcowym, światło słoneczne posiada *działanie lecznicze ściśle swoiste w krzywicy,* a to dzięki *promieniom pozafiołkowym.* Promienie te *uczynniają prowitaminę, zawartą w skórze a pochodzącą z pożywienia, na witaminę D.*

Naturalne światło słoneczne, tak ważne jako czynnik zapobiegawczy, ma tylko *ograniczone znaczenie praktyczne w leczeniu krzywicy.* Słońce jest bowiem nie zawsze dostępne, nie mamy go na zawołanie, a działanie lecznicze rozproszonego światła jest zbyt słabe. Musimy się też liczyć z pochłanianiem znacznych ilości promieni pozafiołkowych przez atmosferę, zwłaszcza w nizinach, przez chmury, dym, kurz itp. *Klimat górski,* a zwłaszcza wysokogórski, jest pod tym względem szczególnie uprzywilejowany, gdyż pochłanianie promieni pozafiołkowych przez atmosferę jest tu bez porównania mniejsze. Klimat *górski* stwarza również warunki

---

[5]) Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. T. 38, 1924.

[6]) Pamiętnik VIII lekarskiego kursu wakacyjnego w Ciechocinku, 1935.

korzystne, dzięki czystości atmosfery i odbijaniu się promieni od powierzchni wody.

W życiu praktycznym należy pamiętać, że szkło, np. szyby w oknach, nie przepuszcza zupełnie promieni pozafiołkowych, że więc naświetlanie dzieci słońcem przez zamknięte okna, co matki stosują dość często, jest całkowicie bezcelowe, jeżeli chodzi o zapobieganie, a tym bardziej leczenie krzywicy.

To też wprowadzenie *lampy krzemowej* do leczenia krzywicy przez Huldschinsky'ego [7]) było niezmiernie cennym wzbogaceniem arsenału leczniczego. Naświetlamy dzieci codziennie lub co drugi dzień, zwiększając stopniowo dawkę od 1—3 minut do 15—20 minut, dążąc do uzyskania odczynu w postaci zarumienienia się skóry, unikając starannie odczynów silniejszych. W razie potrzeby możemy uzyskać nasilenie działania przez stopniowe zmniejszanie odległości lampy od dziecka, z początkowej i zwykle stosowanej 1 metra do 70 cm. Liczba naświetlań i ogólny czas naświetlania, konieczne dla wyleczenia krzywicy, wahają się naturalnie w poszczególnych przypadkach, przede wszystkim w zależności od nasilenia sprawy chorobowej. Praktycznie waha się liczba naświetleń od 20—30, a ogólny czas naświetlania około 200 minut.

Zamiast tego zasilania organizmu w witaminę D przez aktywowanie prowitaminy, zawartej w skórze, za pomocą promieni pozafiołkowych, można wprowadzić czynnik przeciwkrzywiczy przez podawanie doustne tranu lub specjalnych preparatów przeciwkrzywiczych.

Działanie lecznicze tranu w krzywicy znane jest już od dawna. Stwierdzono to empirycznie, nie umiejąc sobie wytłumaczyć istoty tego działania. Kassowitz wprowadził dodatek fosforu do tranu, zwiększając w ten sposób jego właściwości lecznicze; stwierdził on duży wpływ fosforu na zmniejszenie przekrwienia, które występuje stale w krzywiczej tkance kostnej. Kassowitz zdawał sobie jednak już dokładnie sprawę z tego, że sam fosfor nie wystarcza do wyleczenia krzywicy.

Obecnie wiemy, że działanie lecznicze tranu w krzywicy polega na zawartości w nim czynnika przeciwkrzywiczego, a źródłem tego jest znowu energia promienista słońca, przejęta przez plankton, pożerany następnie przez ryby. Wiemy też już teraz, że zmienne i niepewne działanie leczenie tranu polega na niejednakowej zawartości w nim witaminy D. Doprowadziło to w naturalnej konsekwencji do wprowadzenia postulatu *standaryzacji tranu*. Dobry tran powinien zawierać 150—250 jednostek przeciwkrzywiczych w jednym gramie. I tylko taki tran powinien być dopuszczany do sprzedaży.

Ta zmienna zawartość czynnika przeciwkrzywiczego, łącznie z trud-

[7]) Deutsche med. Woch. 1919, Nr. 45.

nością podawania go w wielu przypadkach, zwłaszcza u dzieci starszych, z powodu przykrego smaku i zapachu, niemożność stosowania go w lecie, skłaniały już od dawna do uzyskania preparatów zastępczych, początkowo naturalnie uzyskiwanych z samego tranu.

Z chwilą poznania działania leczniczego promieni pozafiołkowych w krzywicy naświetlano wszelkie możliwe związki i środki odżywcze, przede wszystkim tłuszcze celem uzyskania preparatów, mających działanie przeciwkrzywicze. Tylko nieliczne próby z tego czasu i z tych dążeń uzyskały prawo obywatelstwa na dłuższy przeciąg czasu. Wymienię więc tylko pokrótce *naświetlanie drożdży,* używanych potem do żywienia krów mlecznych, celem zwiększenia zawartości witaminy D w mleku, co stosuje się tu i ówdzie w krajach anglo-saskich. U nas Kon, Mayzner i Grynberg [8]) opisali korzystny wpływ leczniczy naświetlanych drożdży, dodawanych do pożywienia niemowląt.

Znacznie większe rozpowszechnienie znalazło na zachodzie *bezpośrednie naświetlanie mleka krowiego promieniami pozafiołkowymi.* Jest to jednak kosztowne, gdyż musi być uskuteczniane w specjalnych aparatach, w atmosferze azotowej, w przeciwnym bowiem razie w obecności tlenu powstają szkodliwe produkty uboczne. Sprawa ta jest u nas zupełnie nieaktualna ze względów ekonomicznych.

Bardzo ważnym dalszym krokiem było stwierdzenie, że *uczynniające działanie promieni pozafiołkowych zależy od działania ich na ergosterynę* (Rosenheim i Webster [9]) Hess i Windaus [10]) i inni).

Preparaty przeciwkrzywicze uzyskiwano do niedawna przez naświetlanie ergosteryny (wzór sumaryczny $C_{27}H_{42}O$), którą można wyodrębnić z drożdży i różnych gatunków grzybów, a przede wszystkim ze sporyszu (ergot), przetrwalnika grzybka *claviceps purpurea.* Badania licznych autorów wykazały, że w toku naświetlania wytwarza się szereg ciał, których poznanie pozwoliło na wyodrębnienie czynnika przeciwkrzywiczego w czystej, krystalicznej postaci. Powstają więc kolejno:

Lumisteryna — prawoskrętna, posiadająca jeszcze widmo podobne do ergosteryny, *nieczynna przeciwkrzywiczo.*

Tachysteryna — dająca się wykrystalizować stosunkowo łatwo, *nieczynna przeciwkrzywiczo,* posiadająca natomiast właściwości silnie *trujące* — jej właśnie zawdzięcza ergosteryna naświetlana swe działanie toksyczne.

Witamina D_2 — wzór sumaryczny $C_{28}H_{43}ON$, będąca *właściwym czynnikiem przeciwkrzywiczym,* uzyskana już w postaci krystalicznej. W sta-

---

[8]) Pedjatrja Polska. T. II, 1932.

[9]) The Lancet, 1927. Nr. 1.

[10]) Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 1927, Nr. 24.

nie czystym jest związkiem bardzo trwałym — zatopiona w próżni w rurkach szklanych utrzymuje się bez zmian przez kilka miesięcy i znosi ogrzanie do 77° przez 100 godz.

Związkowi temu nadano nazwę witaminy D_2 (Windaus i Lüttringhaus) dla odróżnienia od naturalnej witaminy D. Witaminą D_1 nazwano połączenie witaminy D_2 z lumisteryną.

Suprasteryny I i II — nieczynne przeciwkrzywiczo.

Uzyskanie czynnika przeciwkrzywiczego w postaci krystalicznej umożliwiło otrzymanie preparatów leczniczych, wolnych od działań ubocznych (p. tachysteryna), od których ergosteryna naświetlana, stosowana w dużych dawkach, nie była całkowicie wolna, oraz dało możność dokładnego dawkowania.

Preparat polski Vitavit zawiera w 1 cm sz. 0,375 mg krystalicznej witaminy D_2. Dawka zapobiegawcza wynosi dla niemowląt i małych dzieci 2—5 kropel pro die, dawka lecznicza 5—10.

Powstało naturalne zagadnienie, czy *witamina krystaliczna* D_2 jest *identyczna z witaminą naturalną* D. Istnieją badania autorów amerykańskich, przemawiające za przewagą witaminy naturalnej w doświadczeniach na zwierzętach i w spostrzeżeniach klinicznych, natomiast nie potwierdziły tego badania w laboratorium Zakładów Mercka.

Podawanie dużych dawek witaminy D powoduje u zwierząt doświadczalnych poważne uszkodzenia w postaci wyniszczenia ogólnego, odkładania się soli wapniowych w tkankach, a przede wszystkim w układzie naczyniowym i w nerkach. W klinice nie widujemy tego zupełnie, gdyż dawka toksyczna jest znacznie wyższa od dawki leczniczej, a tym bardziej od dawki zapobiegawczej, podawanej zwykle przez dłuższy okres czasu.

Istnieją spostrzeżenia kliniczne, w których podawanie przez krótki okres czasu niezmiernie dużych dawek witaminy D_2, czyli preparatu wolnego od domieszek toksycznych, nie wywołało najmniejszej szkody.

Nie należy uważać preparatów przeciwkrzywiczych za środki całkowicie obojętne. Należy je *stosować wyłącznie z przepisu lekarza i w ściśle określonych dawkach, na ustalony przeciąg czasu* (kilka tygodni). Należy też zdawać sobie sprawę, że pomijając nierozstrzygniętą jeszcze sprawę różnicy pomiędzy witaminą naturalną D, zawartą np. w tranie, i witaminą krystaliczną D_2, te nowe zdobycze naszego arsenału leczniczego *nie powinny wyprzeć całkowicie tranu,* zwłaszcza pełnowartościowego, standaryzowanego. Tran zawiera bowiem, obok czynnika przeciwkrzywiczego, niezmiernie cenną witaminę A, a być może jeszcze i inne, nieznane nam bliżej, wartościowe składniki. Działanie jego jest więc znacznie *wszechstronniejsze,* a pewne badania, wymagające coprawda jeszcze po-

twierdzenia, zdają się przemawiać za tym, że obecność witaminy A zmniejsza kilkakrotnie dawkę witaminy D, konieczną do wyleczenia krzywicy.

Mając do dyspozycji te nowoczesne środki walki z krzywicą, jak lampę kwarcową i preparaty witaminy D_2, możemy znacznie skuteczniej, niż dawniej, zwalczać tę plagę społeczną, jaką jest nadal krzywica, nie tylko u nas, ale również i w wielu innych krajach, znacznie lepiej zagospodarowanych.

To triumfalne stwierdzenie nie powinno nas jednak zaślepiać. *Działanie witaminy D w krzywicy, aczkolwiek bezsprzecznie wybitne, nie jest wszechpotężne.* Nie możemy wpływać na niedokrwistość, towarzyszącą zwykle krzywicy, że podawanie witaminy D nie zawsze może zapobiec powstawaniu krzywicy, jak np. u wcześniaków — podawanie dużych dawek już od 8 dnia życia zapobiegło powstawaniu krzywicy tylko w 10 przypadkach na 27.

I dlatego też, powtarzamy z całym naciskiem, w leczeniu krzywicy nie wolno nam nadal również rezygnować z przepisów dietetyczno-higienicznych, gdyż tylko wtedy zyskujemy pewność skutecznego i pełnego działania.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

Dr. Dechaume.

Zapalenie kości i okostnej (osteoperiotitis) szczęki pochodzenia niezębowego. Revue Belge de Stomatologie nr. 4 r. 1937.

Autor przytacza opis przypadków:

1. W listopadzie 1934 r. na klinikę zgłosił się pacjent lat 13 z obrzękiem w okolicy żuchwy, który wystąpił w październiku, towarzyszyły mu lekkie bóle.

Badanie zewnętrzne wykazało zgrubienie na części środkowej ramienia żuchwy po stronie prawej; powłoki zewnętrzne nie napięte, barwa niezmieniona, dotknięcie lekko bolesne, wydaje się jakoby obrzęk pochodził z kości. Brak wszelkiego nacieczenia części miękkich. Zgrubienie kości daje się wyczuwać tylko pod wyr. zębodołowym, nie widać tego na części wewnętrznej, ani zewnętrznej.

Przewodnictwo n. mentalis zachowane. Otwieranie ust normalne, pozwala stwierdzić dobry stan uzębienia. Po stronie prawej brak II trzonowca. Przedsionek wolny, mięśnie bez zmian. Po nakłuciu obrzęku po przez skórę ukazuje się kilka kropel ropy bez bakterii.

Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Chory przechodził mając 6 mies. zap.

płuc. Badanie rentgen. nie wykazało żadnych schorzeń. Odczyn Wassermanna ujemny. Prześwietlenie obrzęku wykazało: pod I trzonowcem (wierzchołki normalne) na podstawie szczęki wyraźne zgrubienie. Kość żadnych zmian nie wykazuje, II trzonowiec w okresie wyrzynania. Wobec braku wyraźnych objawów zalecono czekać. Wkrótce chory zjawił się powtórnie. Ponowna punkcja wykazała również kilka kropel ropy bez bakterii, posiew dał wynik ujemny, takiż rezultat był szczepienia świnki morskiej. Wykonany został zabieg, polegający na usunięciu chorej okostnej. Obrzęk o wiele się zmniejszył, pozostało jeszcze małe zgrubienie kości. Po miesiącu całkowite wyleczenie.

2. Pacjentka lat 10 w pierwszych dniach kwietnia 1935 r. zgłosiła się na klinikę. W okolicy szczęki dolnej po prawej stronie był obrzęk. Powstaniu obrzęku towarzyszyły nieznaczne bóle. Lekarz zalecił gorące okłady i propidon — 2 zastrzyki; zrobiono cięcie pod żuchwą, aby opróżnić ropień, wyzdrowienie wkrótce; obrzęk i bóle powróciły. Chora w szpitalu przez 5 dni otrzymuje 3 zastrzyki propidonu; samoistne otwarcie ropnia w ustach. Chora budowy dość silnej. Na prawej stronie trzonu żuchwy małe zgrubienie. Skóra prócz blizny po nacięciu ma wygląd normalny. Macanie wykazuje łączność obrzęku z kością i przechodzi z części podstawowej na ścianę zewnętrzną. Otwarcie ust łatwe. Widać przetokę między II-gim dwuguzkowcem a I-szym trzonowcem (oba zęby wydają się żywe); II dwuguzkowiec dolny prawy niedorozwinięty (skarłowaciały) i obrócony dookoła swej osi, przez co wychyla się do przedsionka. Ujście przetoki znajduje się w kieszonce ze strony przedsionka. Prześwietlenie wykazało wokoło I trzonowca zmiany w okostnej, która na przestrzeni 2 cm. jest zgrubiała na 1 mm. Reszta kości bez zmian. Kształtowanie dwuguzkowców nie jest zakończone; II trzonowiec w okresie wyrzynania.

Wywiad nic nie stwierdził. Odczyn Wassermanna ujemny. Zastosowano do kanału przetoki zastrzyk z bakteriofagów. Zastrzyki były stosowane co dwa dni. Na skutek zastrzyków ropienie prawie zupełnie ustało.

Powyższe dwa przypadki wystąpiły u dzieci w jednym wieku; objawy były bardzo podobne i o tym samym umiejscowieniu.

Jaka jest etiologia tych osteoperiostitis? Wpływu zatrzymania się II trzonowców brać nie można pod uwagę z braku dodatkowych zmian. Na błonie śluzowej nie było żadnych objawów zapalnych. Umiejscowienie w przedsionku nie nasuwa podejrzeń na ropień szczękowy na tle zęba mądrości dolnego. Trudno mówić o infekcji drogą mięśniową, tym bardziej, że objawy kliniczne umiejscowiły się najpierw na skórze pod żuchwą. Jedyna możliwa hipoteza — to zapalenie kości i okostnej drogą naczyń krwionośnych po wyłączeniu spraw swoistych (kiła i tbc).

M. Ilutowicz.

Dr. Fish W., Londyn.

Jałowość tkanek przy ropocieku zębodołowym. Der Prakt. Zahnarzt nr. 3 r. 1937.

Kości i tkanki miękkie dokoła żywego zęba nie są w przypadkach ciężkiego ropocieku zainfekowane. Przy żywotności zęba infekcja ogranicza się do zajęcia płaszczyzny brzegu dziąsłowego i kieszonki. Jednak produkty toksyczne przedostają się do tkanki i powodują nawarstwienie kości i zanik tkanki włóknistej, tworzącej aparat, utrzymujący ząb. Równocześnie kieszonka pogłębia się. Jest rzeczą stwierdzoną, że drobnoustroje zostają stale wykrywane na wierzchołku korzenia i w miazdze zębów usuwanych przy istniejącym t.zw. ropocieku, mimo że obraz histologiczny nie wykazuje często istnienia infekcji. Bakterie docierają z kieszonki naczyniami chłonnymi i krwionośnymi ozębnej do łączących się z nimi naczyń miazgi. Zjawisko to powstaje zwłaszcza przy ekstrakcji, gdy przy ruchach kleszczy, prowadzących do zwichnięcia zęba, pojawia się w niesprężystym zębodole działanie podobne do działania pompy. Widać to przy prostych doświadczeniach, dokonanych na pacjentach, cierpiących na ropociek (pyorrhoea).

Kieszonkę dokoła zęba poddaje się działaniu elektrokautera, ząb zostaje natychmiast usunięty, ażeby nie dopuścić w międzyczasie do zainfekowania pola operacyjnego. W zębach, wyjmowanych bez uprzedniej kauteryzacji kieszonki, drobnoustroje były wykazywane w obrazach histologicznych ozębnej i miazgi. Że miazga pozostaje bez reakcji zapalnej, to jeszcze jeden dowód, że bakterii przed ekstrakcją nie było, a ząb wyjęty z uprzednią kauteryzacją ma jałowy wierzchołek i miazgę.

Biologiczne i patologiczne znaczenie tego spostrzeżenia jest rozstrząsane w pracy Fisha i Macleana (British Dental Journal, paźdz. 1936).

St. Zaks.

Dr. Fabricant M.

Klinika i patogeneza anginy Ludwiga. Rewue de Chirurgie nr. 4 r. 1938; W. Czas Lek. 34 r. 1938.

Pojęcie anginy Ludwiga podobnie zresztą jak i nazwa (czasem mówi się angina Ludwiga, a czasem Ludowici) różne jest prawie u każdego autora. Podkreślić należy odrębność przebiegu procesu zapalnego *w okolicy dna jamy ustnej i szczęk* ze względu na liczne naczynia żylne i chłonne, komunikujące się z jamą czaszki, ze względu na czynność przy mówieniu, połykaniu, oddychaniu itp. — stwarza to pewne specyficzne warunki. Ale i z tym nawet nie wszyscy się zgadzają, bo np Axhausen uważa, że nie widzi żadnej różnicy w przebiegu procesu ropnego w tej lub innej okolicy ciała.

Część autorów opisuje pod mianem *anginy Ludwiga* cierpienie, któ-

re nie ma nic wspólnego z jednostką kliniczną, utworzoną przez Ludwiga. Cierpienie rozpoczyna się od lekkich stanów gorączkowych, od dreszczy i uczucia ogólnego rozbicia; miejscowo stwierdza się anginę z żywym odczynem zapalnym. Stopniowo rozwija się obrzęk, początkowo jednej tylko, a później obu stron dna jamy ustnej; obrzęk pierwotnie umiejscowiony jest dokoła ślinianek. Sprawa stopniowo rozszerza się, przechodząc na krtań, a czasem aż na okolice ślinianki zausznej; wciągnięte są drobne mięśnie, powięzie, rozciągnięta natomiast tkanka podskórna i skóra właściwa są na razie nie zmienione; język odepchnięty zostaje do przodu lub do tyłu, usta otwierają się z trudem, mowa ochrypła, a nieraz oddychanie bardzo utrudnione. Stopniowo zjawiają się zmiany na śluzówce, gardzieli i skórze, która jest czerwona, napięta, później stwierdza się chełbotanie i zaczyna wydzielać się cuchnąca treść. Podobne przetoki powstają również u nasady gardzieli.

Równocześnie z tym *stan ogólny* znacznie się pogarsza i następuje zejście śmiertelne.

Na sekcji stwierdza się niewielkie zmiany w skórze, tkance podskórnej i śluzówkach, natomiast mięśnie tkanki otaczające przedstawiają się jako szara, jednolita i cuchnąca masa, gdzie niegdzie tworzą się jakby rodzaje ropnia. Znamienne jest, że nawet nerw błędny jest wciągnięty w tę sprawę, gdyż na przekroju jest żywo czerwony.

Niezależnie od leczenia chirurgicznego i zachowawczego następowało przeważnie zejście śmiertelne.

Tak przedstawia się zespół chorobowy opisany przez Ludwiga.

Zdaniem autora, powodem jest powikłanie zwykłej anginy zakażeniem beztlenowcami.

Autor cytuje przypadek anginy Ludwiga o błyskawicznym przebiegu i zejściu pomyślnym, gdzie punktem wyjścia były *zęby na pozór zdrowe,* miazga których obumarła.

W innym przypadku do banalnego ropnego zapalenia dołączyły się beztlenowce, powodując charakterystyczny obraz anginy Ludwiga.

Przebieg choroby nie zawsze może mieć tak błyskawiczny przebieg. Znane są przypadki o przebiegu znacznie wolniejszym, gdzie t^0 nie przekraczała 37^0.

Leczenie musi być chirurgiczne, z dokonaniem cięcia nie należy czekać na chełbotanie i ropę, gdyż w ropowicach tego rodzaju śmierć następuje przed wytworzeniem się ropy. Cięcie musi być rozległe, mięśnie, dotknięte martwicą, powinny być przecięte poprzecznie. Opatrunki należy robić dwa razy dziennie i rany przemywać wodą utlenioną. Przy wcześnie dokonanym rozległym otwarciu rokowanie jest dobre, o czym świadczyć może statystyka autora, gdzie z 82 przypadków zejście śmiertelne nastąpiło tylko w jednym.

Dr. Kooijmans L. i Van Ijssel.

Fluor w wodach Holandii. Zdrowie 11 r. 1937

Stwierdzono, że zbyt wielkie ilości fluoru w wodzie, służącej do picia, wpływają szkodliwie na szkliwo zębów, co szczególnie uwydatniło się w wodach amerykańskich. Prawdopodobnie granicą szkodliwości jest zawartość fluoru, wynosząca około 0,8—0,9 mg/1. W związku z powyższym przeprowadzono w wodach Holandii oznaczenia fluoru i przekonano się, że powyżej 0,9 mg/1 Fl miało tylko kilka głębokich studzien, wywierconych w warstwach gleby bogatej w fosforyty.

Mineralne wody Portugalii, szczególnie wody siarczane, zawierały bardzo dużo fluoru, do 22.8 mg/1.

Dr. Nowakowski, Warszawa.

Przypadek lues labii inferioris. Z oddziału dra Borkowskiego Szp. Ś. Łazarza. Przegl. Dermatologiczny 3 r. 1938.

I. U chorego lat 49 bez widocznej przyczyny przed 3 tyg. powstała nadżerka, która zamieniła się szybko w owrzodzenie. Robotnik kolejowy, neguje tło weneryczne. Przy zbieraniu wywiadów przypomniał sobie, że będąc na linii pożyczył od jednego z współkolegów brzytwy.

Przy badaniu na wardze dolnej bliżej lewego kąta ust owrzodzenie o charakterze typowego *szankra twardego*. Gruczoły szczególnie po stronie lewej duże, pakietowate, niebolesne. W skórze tułowia i powłok brzusznych nieznaczna osustka o charakterze plamistym. Podano wydzielinę surowiczą do zbadania, w której znaleziono krętki blade. Leczenie swoiste.

II. Przypadek dotyczy osoby lat 42, u której zmiany wystąpiły na wardze górnej w postaci owrzodzenia przed 3,5 miesiącami. Owrzodzenie nie bolesne. Kawaler. W 1920 r. szankier miękki. W chwili przybycia na wardze górnej, mniej więcej w linii środkowej strup, szczelnie przylegający do otoczenia. Warga zgrubiała, jednak na ucisk nie wrażliwa. Po usunięciu strupa, owrzodzenie owalne wielkości 2 groszy, przechodzące z czerwieni warg na skórę okolicy podnosowej, kraterowate, o dnie pokrytym znekrotyzowanymi strzępami. Gruczoły okoliczne nieznacznie powiększone, niebolesne. Odczyn Wassermana wybitnie dodatni (+ + + +).

W tym wypadku rozpoznano lues.

Dr. Bosch, Erlangen.

Nagminne zapalenie przyusznic (świnka, parotitis epidemica). Monatschr. Geb. u. Gyaek. t. 104 r. 1937; Wiad. Terap. nr. 1 r. 1939.

Świnka (Parotitis epidemica) stała się znowu chorobą stosunkowo częstą. U mężczyzn wywołuje ona nie rzadko zapalenie jąder, których

zanik może się stać następnie przyczyną bezpłodności. Niektórzy lekarze uważają, że analogiczne zjawiska u kobiet zasadniczo się nie zdarzają. Jedynie rzadko znajdujemy w piśmiennictwie niepewne przeważnie opisy, że świnka może również u kobiet wywołać zapalenie gruczołów płciowych. Sprawy tej nie można rozstrzygnąć z całkowitą pewnością gdyż świnka chyba nigdy nie dostarcza materiału do histologicznego zbadania jajników. Jedynie bóle brzuszne, na które skarżą się czasem dziewczynki chore na świnkę, oraz mdłości, można do pewnego stopnia uważać za objawy zapalenia jajników.

Autor uważa, że między zapaleniem przyusznic i zapaleniem jajników istnieje pewna zależność przyczynowa, gdyż w ostatnich czasach obserwował on wiele kobiet, dotkniętych bezpłodnością, z których znaczna większość chorowała w swoim czasie na świnkę; u kobiet tych można było stwierdzić również wyraźny niedorozwój narządów płciowych, który autor uważa za skutek przebytego zapalenia jajników. Bezpłodność należy wówczas uważać za sprawę przeważnie nieuleczalną. Według autora, lekarze praktycy oraz pediatrzy powinni zwracać uwagę na bóle brzuszne i mdłości, *występujące u dziewczynek podczas świnki,* i oceniać je jako objawy zapalenia jajników; być może, że zastosowanie w odpowiedniej chwili profilaktyki hormonalnej będzie mogło zapobiec niedorozwojowi macicy i związanej z tym późniejszej bezpłodności.

ODGŁOSY.

SPRAWA MIĘDZYNARODOWEJ NOMENKLATURY ZĘBÓW.

Należy ostatecznie opanować u nas zamęt i plątaninę pojęć w oznaczaniu zębów.

Gdy zajrzymy do dzieł w dziedzinie zębolecznictwa, stwierdzić można, iż od dawna dążono do ustalenia ułatwionego sposobu *oznaczania* poszczególnych zębów. Uproszczony sposób stanowi ważny czynnik w praktyce codziennej, w opracowaniu statystyk, w drukowaniu prac naukowych, w oficjalnych wydawnictwach międzynarodowych i t. d. Ma to też ważny związek z częstą rejestracją próchnicy zębowej, czyniącej obecnie wielkie postępy.

Nie będę się powoływał na poszczególnych autorów, bowiem zabrałoby to zbyt wiele czasu, zatrzymam się na niektórych znanych:

Rejestracja Palmera, Zsingmondy'ego, (r. 1861): polega ona na wyprostowaniu łuku zębowego, między środkowymi siekaczami, podzielonego linią

prostopadłą na dwie połówki — prawą i lewą, pokrzyżowaną linią poziomą na dwa rzędy; w ten sposób 2 rzędy 32 zębów stałych podzielonych jest na 4 odcinki po 8 zębów w każdym, w którym oznaczone są cyframi od 1 do 8, zaczynając od środkowych siekaczy, zęby prawej połowy na prawo od środkowej linii zęba, połowy lewej — na lewo od środkowej linii:

prawa połowa	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	lewa połowa
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	

1 = środkowy siekacz
2 = boczny siekacz
3 = kieł
4 = I dwuguzkowiec (bicus)
5 = II dwuguzkowiec (bicus)
6 = I trzonowiec
7 = II trzonowiec
8 = III trzonowiec.

Oznaczanie każdego zęba oddzielnie ustala się przez nakreślenie prostokąta, przy czym cyfra w prostokącie określa nazwę danego zęba.

Seifert zmienił schemat Palmera w ten sposób, że oznacza zęby prawej strony na lewo od linii środkowej, a lewej strony na prawo od linii środkowej, tak jak się przedstawiają, patrząc pacjentowi do ust.

Parreidt zmienił schemat Palmera; zamiast cyfr stawia on początkowe litery łacińskich nazw, oznaczające zęby:

$$I_1 \ I_2 \ C \ P_1 \ P_2 \ M_1 \ M_2 \ M_3$$

I = incisivi, C = canini, P = praemolares, M = molares.

W antropologii nazwy zębów oznaczone są początkowymi literami ich nazw łacińskich, jak wyżej wymieniono. Formuła uzębienia człowieka przedstawia tu się:

$$I\frac{2}{2} \quad C\frac{1}{1} \quad P\frac{2}{2} \quad M\frac{3}{3}$$

Formuła ta antropologiczna oznacza, że człowiek posiada po każdej stronie po 2 siekacze w górnej i dolnej szczęce, po 1-ym kle, po 2 dwuguzkowce i po 3 trzonowce. Gdy mamy oznaczyć jeden ząb według tej formuły, piszemy odpowiednią literę i przy niej cyfrę u góry lub u dołu, po stronie prawej lub lewej, patrząc na ząb. Np. drugi górny lewy siekacz —

I^2, trzeci dolny lewy trzonowiec M_3 i t. d. Jeżeli chcemy napisać wszystkie cztery kły, piszemy $\frac{1}{1} C \frac{1}{1}$, wszystkie cztery pierwsze trzonowce:

$$\frac{1}{1} M \frac{1}{1}$$

Dla oznaczenia mlecznych zębów Hillischer proponował oznaczanie zębów cyframi, przy czym przy zębach, oznaczających zęby stałe stawia ze strony prawej jedną kropkę, przy cyfrze, oznaczającej ząb mleczny — dwie kropki.

z. mleczne	*z. stałe*	*z. stałe*	*z. mleczne*
5: 4: 3:	*2. 1.*	*1. 2. 3.*	*4: 5:*

Mleczne zęby mogą też być oznaczane przez dodanie przed cyfrą 0. np. |0.4 oznacza lewy górny I mleczny trzonowiec.

Widzimy, że oznaczanie zębów według przytoczonych sposobów nie są zbyt proste i łatwe do uskutecznienia.

Należy też zaznaczyć, że różne graficzne sposoby oznaczania zębów mają zastosowanie do pewnego stopnia ograniczone (w księgach, kartach i t. p.).

Nie możemy też ominąć milczeniem faktu, iż ostatnio u nas ukazują się modyfikatorzy wymienionych systemów lub też twórcy nowych sposobów; podają oni „znakowanie zębów", uważając swoje pomysły za najbardziej celowe. Musimy tu zaznaczyć, iż nie chodzi nam bynajmniej o *znakowanie zębów wzorem znakowania czyli cechowania skrzyń towarów*, mięsa (bez różnicy pochodzenia), na których to obiektach zostaje uwydatniona tuszem lub farbą, czy też wypalany umówiony *znak*. W myśl zrozumienia nomenklatury zębów nie chodzi bynajmniej o ich *cechowanie*. Wysiłek naszych nowoczesnych twórców czy też modyfikatorów *kropkowego znakowania zębów* nie stanowi więc ze względów praktycznych zbyt wielkiej zdobyczy naukowej, znanej już poniekąd przed wielu laty!..

Przeglądając przygodnie lub też oficjalnie w pewnych przypadkach księgi zapisów pacjentów niektórych kolegów jak również rozmawiając z kolegami na omawiany temat, można było podziwiać panujący w tak ważnej sprawie zamęt. W tym chaosie trudno w koniecznych razach, np. w sprawach sądowych, się zorientować. Zdarza się to szczególnie obecnie od pewnego czasu w sprawach szantażowania „niezadowolonych" pacjentów.

Należy też brać pod uwagę mogące zdarzyć się omyłki w zdjęciach rentgenologicznych.

Pewien znany chirurg przed dokonaniem operacji na żuchwie skiero-

wał pacjenta wraz ze zdjęciem rentgenowskim do jednego z kolegów, celem usunięcia odpowiednich zębów, oznaczonych na rentgenie. Okazało się, że dotyczyło to trzech całkiem zdrowych zębów niewłaściwej strony, bowiem oznaczenia w kącie zębów, nakreślone przez chirurga, były niewłaściwe, chirurg zaś zdjęcia zębów nie sprawdził. A dotyczyło do sprawy nowotworowej, która nie dawała zewnętrznie wyraźnego obrazu, można więc było łatwo popełnić błąd, kasując trzy zdrowe zęby.

Błędy popełnione być też mogą przez rentgenologów na skutek pomyłek w odczytywaniu nakreśleń kątowych (sposób Palmera czy Seiferta). W tym celu należy niekiedy uprzednio porozumieć się z rentgenologiem. Pacjent wprawdzie często pomaga w tych razach, lecz i tu niekiedy zachodzić może brak orientacji.

W streszczeniach w obcych językach z naszego piśmiennictwa, przeznaczonych dla zagranicy, przestarzałe sposoby oznaczania zębów tworzą wielkie trudności techniczne.

W drukowaniu prac w naszych pismach zawodowych wymienione sposoby oznaczania zębów bardziej jeszcze potęgują trudności techniczne niezależnie od najnowszej konstrukcji linotypu, związanego ze składem maszynowym tekstu. Oznaczenia kątowe zębów wymagają uzupełniającego składu ręcznego, przedłużającego czas pracy, oraz powikłanej korekty. Wszystko to powiększa oczywiście koszty składu.

Również cechą ujemną powyższych sposobów oznaczania zębów stanowi to, że znaki te, kreślone (napisane) lub drukowane, trudne są do wymawiania, a więc dyktowania lub w czytaniu np. przy wygłaszania referatów.

Ze względu więc na szereg czynników, mających ważne znaczenie w wielu naszych sprawach zawodowych, o których wyżej wzmiankowano, należy też u nas ostatecznie ustalić *jednolity sposób oznaczania poszczególnych zębów,* czyli przystąpić do nomenklatury niemal wszędzie przyjętej, którą poniżej podajemy. Nadmieniamy, że część naszej prasy zawodowej stosuje już ten system, aczkolwiek niejednolicie.

Jednolite oznaczanie zębów.

Dental-Steno-nomenklatura dr. Haderupa (Kopenhaga. Dania).

Dr. med. V. Haderup w r. 1887 podał w „Korrespondenzblatt für Zahnärzte“ do publicznej wiadomości własny sposób symbolicznego oznaczania zębów, który określił jako *„Internationale Dentale Stenographie et Stenophonie“ — Dentale Steno-Nomenklatur“.* Dr. Emil Sintenis (Ryga) w r. 1929 omówił ten system w nr. 52 „Zahnärztliche Rundschau“, wspominając, iż wzmiankowano już o nim w r. 1909 na V Międzynarodowym Kongresie Lekarzy-dentystów w Berlinie.

Syn dr. V. Haderupa, wynalazcy systemu, lekarz-dentysta Ernst Haderup, uznając wielką doniosłość tego systemu w ogólnie używanej terminologii i wielką praktyczność w pracy codziennej, ponownie poruszył tę sprawę w r. 1931 na VIII Międzynarodowym Kongresie Lekarzy-dentystów w Paryżu, podkreślając najważniejsze wymagania racjonalnej nomenklatury dentystycznej: jasność, konsekwencję, zwięzłość oraz *charakter międzynarodowy.* Wymaganiom tym nie odpowiada system stenograficzny Zsigmondy'ego z r. 1861 (opisany w „Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde", dotychczas przeważnie używany przez wielu praktyków całego niemal świata, o czym mówiono wyżej.

Dr. Haderup dośrodkowe (medialne) kąty 4-ch środkowych siekaczy (2-ch górnych i 2-ch dolnych) określa jako punkt 0 (punkt — zero, Nullpunkt), a zero to odpowiednio przemienia się w *plus* (+) i *minus* (—); powstały ten system ma więc następujący wygląd:

str. prawa	8+7+6+5+4+3+2+1+	+1+2+3+4+5+6+7+8	str. lewa
	8—7—6—5—4—3—2—1—	—1—2—3—4—5—6—7—8	

Cyfry i znaki, oznaczające dany ząb, dają się łatwo wyrazić w słowie i piśmie, łatwo się dają też zauważyć.

\+ *(plus)* oznacza ząb szczęki górnej,

— *(minus)* oznacza ząb szczęki dolnej;

Znak po *prawej* stronie cyfry wskazuje na stronę prawą, znak odnoszący się do *lewej* strony — stronę lewą.

Przykłady:

8 + oznacza III trzonowiec prawy, górny,

— 5 oznacza II dwuguzkowiec (bicus) dolny, lewy,

\+ 7 oznacza II trzonowiec lewy, górny,

\+ 3 oznacza lewy kieł górny,

3 + oznacza prawy kieł górny,

3 — oznacza prawy kieł dolny,

— 3 oznacza lewy kieł dolny.

Gdy mamy zaznaczyć *szereg zębów tejże połowy szczęki,* znaku nie należy powtarzać, lecz pisze się i wymawia np. 7 5 3 — (siedem, pięć, trzy — minus) dla oznaczenia II trzonowca, II dwuguzkowca (bicus) i kła szczęki dolnej, prawej.

Zęby mleczne oznaczamy w sposób, odpowiadający powyższemu, stawiając tylko 0 (zero) *przed cyfrą,* a więc:

str. prawa	05+04+03+02+01+	+01+02+03+04+05	str. lewa
	05—04—03—02—01—	—01—02—03—04—05	

Przykład:

04—(zero cztery minus) oznacza I trzonowiec mleczny dolny, prawy.

+03 (plus zero trzy) oznacza mleczny kieł górny lewy.

Haderup podkreśla, że przez dodanie wykładnika potęgi (Potenzzahl): 1, 2, 3, 4, 5 = *pierwsza, druga, trzecia, czwarta, piąta — oznaczamy jedną z pięciu powierzchni zęba:*

1 oznacza pow. żującą lub zwarcia czyli okluzji, przy siekaczach i kłach,

2 oznacza powierzchnię dośrodkową (medial),

3 oznacza powierzchnię licową, facjalną czyli wargową resp. policzkową (zewnętrzną),

4 oznacza powierzchnię odśrodkową (distal),

5 oznacza powierzchnię wewnętrzną (podniebienną lub językową).

Przykład:

$7+^{4}$(siedem plus czwarta potęga) oznacza *odśrodkową* powierzchnię II trzonowca górnego prawego.

— 5^{1} (minus pięć pierwsza) oznacza *żującą* II dwuguzkowca (bicus) dolnego lewego.

Wykładnik potęgi może być kombinowany tak, że oznacza *powierzchnię lub plombę na dwóch lub więcej powierzchniach:*

$+6^{1\ 4}$ (plus sześć pierwsza czwarta) oznacza próchnicę lub plombę żująco-odśrodkową (mastical-distal) I trzonowca górnego lewego.

Dalej wykładnik potęgi również nadaje się do *oznaczania plomby lub próchnicy na kilku powierzchniach jednego zęba,* oddzielając cyfry przecinkiem, np.

$7-^{1,3}$ (siedem minus pierwsza, trzecia) oznacza na powierzchni żującej i zewnętrznej II trzonowca dolnego „plomba“ lub „wstawka złota“ (wymienić).

Chcąc oznaczyć pojedyncze korzenie zęba wielokorzeniowego, można w podobny sposób posiłkować się wykładnikiem potęgi, tak np. wypełnienie przewodu odśrodkowego korzenia II trzonowca lewego dolnego oznacza się „*wypełnienie* — 7^{4}“.

W tenże sposób oznacza się poszczególne korzenie (pnie), przeznaczone do ekstrakcji.

O wielkiej wartości praktycznej nomenklatury łatwo przekonać się można w praktyce codziennej.

Sintenis (p. wyżej) słusznie zaznacza, że nomenklatura Haderupa „widzi i słyszy“. Większe jeszcze znaczenie posiada ona w dziedzinie literatury, klinik szkolnych i innych jak również w studiach.

Omawiany system znalazł szerokie rozpowszechnienie w Szwecji i Finlandii jako też w wielu innych krajach, posiadając wielkiej wagi zalety praktyczne, uważany jest nie tylko *stenograficzny,* ale i *stenofoniczny.*

Przy jego pomocy ząb określamy, oznaczamy i wymieniamy. Z tego powodu system ten powinien być wprowadzony powszechnie i u nas.

W Komisji Terminologii Międzynarodowej Federacji Dentystycznej (Fèdèration Dentaire Internationale) na posiedzeniu w dn. 26 i 27 lipca 1933 r. (obecni: Fish, Goia, Haderup i Roy) powyższa nomenklatura została uzgodniona i zatwierdzona.

K.

SPRAWA STOSOWANIA LEKÓW PRZEZ LEKARZY—DENTYSTÓW Z UWZGLĘDNIENIEM ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH.

(P. zesz. I r. 1939 „Kroniki“).

Sprawa otrzymywania środków odurzających na mocy art. 2 Rozporz Min. Op. Społ. z dnia 16 stycznia 1939 r. (Dz. U. Rz. P. nr. 7 z nia 30 stycznia 1939 r.) powoduje pewne nieporozumienia i niesłuszne, dowolne komentarze. Artykuł ten wszak wyraźnie zaznacza, że *lekarze - dentyści mogą wystawiać zapotrzebowanie na środki odurzające (narkotyki) tylko do stosowania przez siebie samych.* A zatem wystawianie recept, zawierających te środki, *na ręce pacjentów,* należy uważać, nie może być honorowane przez aptekę!

Podtrzymuje się nadal chaos w sferach osób mało orientujących się lub też nie interesujących się sprawami swego zawodu poza potęgowaniem praktyki i fabrykacją górnolotnego frazesostwa.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że żaden aptekarz, powołując się na powyższe prawo, nie wyda „na ręce“ pacjentowi z recepty lekarza — dentysty ani chloroformu, ani eteru etylowego, ani żadnego preparatu makowca (opium, morfiny, pantoponu i in. — p. dalej), ani też wyrobów, zawierających je lub kokainę czy też jej pochodne. Recepta taka (zapis) stanowi *tylko* dowód zapotrzebowania danego środka do własnego użytku lekarza-dentysty! Nie mówimy już o ilości, którą też prawo przewiduje O przechwałkach niektórych jakoby ich tego rodzaju zapisy są honorowane przez „pewne“ apteki, tu nie należy mówić, bowiem są to, jak wiadomo, przestępstwa karalne dla *obu stron.* Nawet samo rozpowszechnianie tego rodzaju wieści stanowi wykroczenie karalne. O fikcyjnym charakterze zapotrzebowań również nie można mówić, bowiem kontrola w aptekach, o której mówiliśmy w poprzednim zeszycie naszego pisma we właściwym miejscu, nie jest bynajmniej fikcyjna. Wiadomo kogo dane zapotrzebowanie dotyczy i interwencja właściwej władzy nie daje na siebie długo czekać. Widzimy to z opisanych w pismach spraw karnych, kończących się poważnymi wyrokami.

Można sobie *dowolnie* prawo komentować, lecz nie można *właściwego* ducha Rozporządzenia według własnego upodobania tłumaczyć, narażając siebie i innych na niepożądane konsekwencje.

Jak nam zakomunikowano, żadnego wyjaśnienia, komentarza lub rozporządzenia wykonawczego nie będzie w sprawie powyższego art. 2 Rozporządzenia Min. Op. Społecznej, *natomiast w całej rozciągłości będzie prowadzona ścisła kontrola i za najmniejsze przekroczenie przepisów odnośne raporty kontrolerów skierowane zostaną do sądu okręgowego.*

Zakomunikowano nam też, iż niektóre apteki *nie honorują* zapotrzebowań lekarzy-dentystów wobec nieotrzymania urzędowego spisu lekarzy-dentystów. Nie ma tu, zaznaczamy, ani szykan, ani wykroczenia wobec przepisów ministerialnych. Również nie ma wykroczenia za *nie honorowanie* zapotrzebowań lekarzy-dentystów, nakreślonych na skrawkach papieru z pieczątką tuszową (kauczukową) u góry a nie *nadrukiem*, wymieniającym imię, nazwisko lekarza-dentysty, adres, datę wystawienia; podpis musi być wyraźny i łatwy do odczytania. I w tym przypadku nie ma żadnego wykroczenia, a cechuje to wielką ostrożność aptekarza.

W pewnym przypadku apteka o*dmówiła* wykonania zapotrzebowania na eter etylowy lekarza-dentysty. Nawet interweniowano władzę nadzorczą. Doskonale wiedzieliśmy, iż odnośne rozporządzenie obowiązuje od dawna, a, nie chcąc bynajmniej poruszyć tej sprawy bez należytego wyjaśnienia, sprawdziliśmy. Okazało się: zapotrzebowanie było wydane na ręce „pacjenta" i w dosyć dużej ilości, czego prawo nie pozwala (p. dalej). Aptekarz więc postąpił całkiem właściwie, zna doskonale przepisy prawne, lekarz-dentysta — ignorant. Wyperswadowaliśmy. Naturalnie dąsy i pomruki pod naszym adresem za... nie popieranie sprawy osobistej...

Niejednokrotnie stwierdziliśmy, iż świat lekarsko-dentystyczny — *dawniej i obecnie* — nie bardzo interesuje się sprawami swego zawodu. Robi się wyjątki dla niektórych spraw „bardzo gorących". Tymczasem często życie czyni nam niespodzianki, które w „krytycznej" chwili każą poważnie się zastanowić nieraz nad *drobnym* szczegółem, decydującym w *poważnej* sprawie. A drobnych takich szczegółów w dosyć obszernym ustawodawstwie zawodowym mamy wiele. Ich znajomość nie może być ignorowana ani bagatelizowana przez nikogo. Rozmyślne unikanie tej ważnej dziedziny prawodawstwa naszego życia zawodowego świadczy poniekąd o *luźnym* duchowym związku wielu z wybraną przez siebie specjalnością lekarską.

Pismo nasze od dawna stara się w miarę możności zaznajamiać czytelnika z każdym odcinkiem prawodawstwa zawodowego. Jest to zadanie bynajmniej nie łatwe i pochłania też sporo wydatków materialnych. Koledzy jednak nie mogą od nas wymagać zbyt wiele i przy każdej nadarzonej sposobności niepokoją „drobnostkami", które nie winny im być ob-

ce!! A czynią to, ku wielkiemu naszemu zdziwieniu, osoby, nie mające żadnego kontaktu z naszym pismem. Naturalnie, to nas ani grzeje, ani ziębi; jednak sprawy chętnie poruszamy z punktu widzenia *ogólnego, a nie osobistego.*

Wobec tego, iż ostatnio poruszone sprawy zapotrzebowania leków odurzających mają charakter ogólnozawodowy, zatrzymamy się tu na niektórych rozporządzeniach, właśnie obejmujących te sprawy; wyjaśnią one właściwe ustosunkowanie się do przepisów prawnych.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich.

§ 2. Jako receptę rozumie się pisemne upoważnienie do otrzymania z apteki jakiegokolwiek środka, zaordynowanego choremu przez lekarza, lekarza-dentystę, lekarza weterenaryjnego lub felczera, uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej, o ile w upoważnieniu tym został podany sposób użycia.

§ 3. Recepta powinna zawierać:

1) nazwisko chorego,

2) nazwę i ilość środka, jaki ma być wydany ewentualnie jego postać,

3) sposób użycia w języku polskim (sposób użycia może być oznaczony klauzulą „wiadomo"),

4) datę zapisania recepty,

5) podpis zapisującego i jego adres.

Sposób użycia może być *dodatkowo* podany w innych językach.

Recepta powinna być napisana pismem czytelnym.

W razie, gdyby podpis zapisującego był nieczytelny, powinien on być powtórzony w nadruku, bądź ręcznie pismem czytelnym.

Ustawa z dnia 22 czerwca 1923 r. w przedmiocie substancji i przetworów odurzających. Dz. Ustaw Rzp. P. Nr. 72 z dnia 26 lipca 1923 r.

Ustawa obejmuje 12 artykułów:

§ 1. Zabrania się wytwarzania, przeróbki, przywozu i wywozu, przechowywania, handlu oraz wszelkiego w ogóle obiegu opium surowego, opium leczniczego, opium do palenia i jego odpadków, haszyszu, morfiny, kokainy, heroiny, wszelkich ich soli i przetworów oraz tych pochodnych, które na podstawie badań naukowych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego będą uznane za wywołujące szkodliwe skutki dla zdrowia.

§ 2. Wyjątki od zakazu, przewidzianego w art. 1, są dopuszczalne jedynie dla celów leczniczych, naukowych i przemysłowych za specjalnym zezwoleniem Ministra Zdrowia Publicznego i z zachowaniem warunków, w zezwoleniu zastrzeżonych.

§ 7. Winny naruszenia przepisów jak również bezprawnego umożliwienia innym użycia tych środków, jeżeli czyn przestępny wywołał lub mógł wywołać następstwa szczególnłej szkodliwe, a sprawca mógł to przewidzieć, lub jeśli przestępstwo spełniono z chęci zysku, będzie karany za występek więzieniem od trzech miesięcy do lat pięciu. Surowsze postanowienia innych przepisów pozostają w mocy. Usiłowanie i udział ulega karze narówni z dokonaniem.

Jeżeli winowajca ma prawo zajmowania się leczeniem, będzie prócz tego pozbawiony powyższego prawa na czas nie niżej lat trzech lub na zawsze.

Jeżeli winny dopuścił się przestępstwa przy wykonywaniu innego zawodu lub przemysłu, może być pozbawiony odnośnych praw na czas od roku do lat pięciu.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrami: Skarbu, Przemysłu i Handlu oraz Spraw Wojskowych z dnia 1 marca 1928 r. (Dz. U. Rzp. P. N. 52 poz. 499) o substancjach i przetworach odurzających.

§ 18. Przechowywanie środków odurzających jest dozwolone: a) aptekom publicznym, zakładowym i domowym lekarzom, b) osobom, które środki te nabyły zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami dla własnych celów leczniczych i tylko w ilościach, dla celów tych niezbędnych. Środki odurzające winny być przechowywane w osobnych zamknięciach i w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom niepowołanym.

Okólnik N. 97 Z. F. 1564/28 z dnia 11 czerwca 1928 r. Dep. Służby Zdrowia o wykonaniu rozporządzenia o substancjach i przetworach odurzających. Do wszystkich Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Do § 18. Lekarze, lekarze-dentyści i lekarze weterynaryjni mogą przechowywać tylko takie ilości tych substancji, jakie im są dla osobistego stosowania przy wykonywaniu praktyki potrzebne.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrami: Skarbu, Przemysłu i Handlu oraz Spraw Wojskowych z dnia 1 marca 1928 r. o substancjach i przetworach odurzających. Dz. U. R. P. nr. 52 z dnia 5 maja 1928 r.

§ 4. Wyrób i przeróbka środków odurzających, przeznaczonych do celów leczniczych, może się odbywać w aptekach bez osobnych zezwoleń. Wyrób ten i przeróbka jednak może się odbywać tylko w aptekach publicznych i w takich aptekach zakładowych, które są prowadzone zgodnie z przepisami obowiązującymi apteki publiczne.

§ 6. Wszystkie osoby fizyczne i prawne, posiadające zezwolenia na wyrób i przeróbkę środków odurzających, przeznaczonych do celów leczniczych, obowiązane są prowadzić osobono księgi przychodu i rozchodu dla każdego z tych środków według załączonego wzoru.

§ 10. Wyrób i przeróbka środków odurzających winny się odbywać w warunkach dających rękojmię, że środki te nie będą mogły dostawać się do rąk osób niepowolnych, bądź też nie będą mogły być użyte do celów nielegalnych.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 maja r. 1929 o detalicznej sprzedaży substancji i przetworów odurzających Dz. U. R. P. nr. 48 N. 1929 z dnia 30 czerwca.

§ 1. Do detalicznej sprzedaży względnie wydawania środków odurzających, przeznaczonych do celów leczniczych, uprawnione są wyłącznie apteki publiczne, domowe apteki lekarzy oraz takie apteki zakładowe, które pozostają pod zarządem osób uprawnionych do zarządu normalnymi aptekami publicznymi.

§ 3. Zapotrzebowania oprócz nazwy i ilości środka.

§ 4. O ile zarządca apteki nie ma zupełnej pewności czy osoba, która zapisała receptę lub wystawiła zapotrzebowanie na środki odurzające, posiada wymagane do tego uprawnienia, bądź też jeżeli ma wątpliwości, czy zapotrzebowanie jest autentyczne, powinien zwrócić się o wyjaśnienie do właściwej powiatowej władzy administracji ogólnej.

Okólnik Ministerstwa Spraw Wewn. (Departament Służby Zdrowia) do Wojewodów i Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie srodków odurzających w zakładach leczniczych.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że wiele szpitali, lecznic, a nawet przychodni nie przestrzega przepisów prawnych, dotyczących wydawania i przechowywania środków odurzających.

Wobec tego, że nie może być nadal tolerowany taki stan rzeczy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o ostrzeżenie zakładów leczniczych, że w przyszłości w razie ujawnienia wykroczeń przeciw przepisom, normującym sposób przechowywania i wydawania środków odurzających, winni będą pociągani do odpowiedzialności karnej, przewidzianej w ustawie z dnia 22 czerwca 1923 r. o substancjach i przetworach odurzających (Dz. U. Nr. 72 poz. 559).

Równocześnie wyjaśnia się, że zgodnie z postanowieniami Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 1 marca 1928 r. (Dz. U. Nr. 52 poz. 499) oraz Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 maja 1929 r. (Dz. U. Nr. 48 poz. 402) wydawanie środków odurzających jest dozwolone tylko aptekom. Zakłady lecznicze, nie posiadające

aptek, nie są uprawnione do utrzymywania środków odurzających. Jakkolwiek lekarze są uprawnieni do osobistego stosowania chorym tych środków, ale te muszą być nabywane tylko z aptek i nie przez zakłady lecznicze, a przez lekarzy na ich pisemne zapotrzebowania.

Nabyte na podstawie takich zapotrzebowań narkotyki lekarze winni przechowywać w sposób, uniemożliwiający do nich dostęp innym osobom.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu z dnia 15 marca 1930 r. o *uznaniu niektórych substancji przetworów odurzających za szkodliwe skutki dla zdrowia.*

Dz. U. R. P. nr. 36 z dn. 15 maja 1930 r. poz. 304.

§ 1. Uznaje się, że:

1) Dihydrocodeinonum (Dicodidum), Dihydrooxycodeinonum, Dihydromorphium, Dihydromorphinonum, Estry morfiny, Tropacocainum, Ecgoninum, Benzoylecgoninum, Menthylecgoninum, Cannabinum i wszystkie sole tych substancji, jako to: Eucodalum, Paramorfinum, Dilaudidum i t. p.

2) Folia Cocae, Herba Cannabis Indicae, Cannabinonum, Tinctura et Extractum Cannabis Indicae oraz

3) wszystkie przetwory wyżej w punktach 1 i 2 wymienionych substancji — wywołują szkodliwe skutki dla zdrowia.

§ 2. Jako przetwory substancji, wyszczególnionych w art. 1 Ustawy z dnia 22 czerwca 1923 roku w przedmiocie substancji i przetworów odurzających (Dz. U. P. R. Nr. 72, poz. 559), i substancji, wyszczególnionych w § 1 punkty 1 i 2 niniejszego rozporządzenia, rozumie się wszystkie preparaty, zawierające w swoim składzie którąkolwiek z tych substancji, bez względu na postać preparatu (płyn, proszek, maść i t.p.), jak np. Tinctura Opii, Opium concentratum, Pantoponum, Eumeconum, Trivallinum, Narcophinum, Laudanonum i t. p.

§ 3. Wszystkie substancje i przetwory, wyszczególnione w §§ 1 i 2 niniejszego rozporządzenia, podlegają postanowieniom Ustawy z dnia 22 czerwca 1923 r. w przedmiocie substancji i przetworów odurzających (Dz. U. P. R. Nr. 72, poz. 559).

Sprawa otrzymywania z apteki *eteru etylowego* wymaga też prawnego wyjaśnienia. Nieporozumienia powstają na skutek nieścisłego przestrzegania obowiązujących przepisów.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewn. i Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrami Przemysłu i Handlu i z Ministerstwem Skarbu z dnia 22 lutego 1928 r. (Dz. U. Rzp. P. N. 30 poz. 281) o wyrobie i przechowywaniu eteru etylowego.

§ 12. Eter etylowy i zawierające ten eter mieszaniny mogą być wydawane z aptek jedynie na podstawie recepty lekarza, lekarza weterynaryjnego lub lekarza-dentysty.

§ 16. Przechowywanie eteru etylowego i jego mieszanin jest dozwolone: b) osobom, które środki te nabyły zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami dla własnych potrzeb i tylko w ilościach dla tych potrzeb niezbędnych.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Przemysłu i Handlu i z Ministrem Skarbu z dnia 22 lutego 1928 r. o *wyrobie, obrocie i przechowywaniu eteru etylowego, Dz. U. R. 30 r. 1928 w dniu 15 marca.*

§ 6. Eter etylowy i zawierające ten eter mieszaniny mogą być wydawane uprawnionym do ich nabycia osobom tylko na podstawie pisemnego zapotrzebowania. Zapotrzebowanie to winno być podpisane przez nabywcę, zaopatrzone w datę i winno zawierać adres nabywcy.

§ 12. Eter etylowy i zawierające ten eter mieszaniny mogą być wydawane z aptek jedynie na podstawie recepty lekarza, lekarza weterynarii lub lekarza-dentysty.

Wyjątek od powyższego podpisu stanowią następujące przetwory, które mogą być wydawane z aptek również bez przepisu lekarza:

Guttae Inozemcowi.

Tincturae Cajeputi composita.

Tincturae Ferri acetici aetherae.

Tincturae (Solutio) Ferri chlorati aetherea.

Tincturae Rusci aetherea.

Tincturae Valerianae aetherea.

Przetwory: Guttae Inozemcowi i Tincturae Valerianae aetherea mogą być bez przepisu lekarza wydawane jednorazowo w ilości nieprzekraczającej 20 g.

§ 13. Wszystkie zakłady, uprawnione do sprzedaży eteru etylowego i mieszanin, zawierających ten eter, obowiązane są prowadzić osobno księgi przychodu i rozchodu według załączonego wzoru.

§ 16. Przechowywanie eteru etylowego i jego mieszanin jest dozwolone: a) osobom i zakładom, które na podstawie postanowień niniejszego rozporządzenia są uprawnione do wyrobu, przeróbki lub handlu tymi środkami i b) osobom, które środki te nabyły zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami dla własnych potrzeb i tylko w ilościach dla tych potrzeb niezbędnych.

§ 20. Winni naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia ulegają karze stosownie do przepisów ustawy z dnia 22 czerwca 1923 roku w

przedmiocie substancji i przetworów odurzających (Dz. U. R. P. Nr. 72, poz. 559, p. wyżej).

Dop. red. Maksymalną ilość *eteru*, naszym zdaniem, należałoby określić na 30 grm. w hermetycznym zamknięciu. Natomiast *chloroformu*, używanego najczęściej do wygładzania plomb gutaperkowych, należałoby ustalić na 15 grm. (miejscowe działanie jako anaestheticum jest bez znaczenia — jako takie).

Okólnik nr. 5/34 z dnia 6 lutego 1934 r. Ministerstwa Opieki Społecznej do Wojewodów i Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W myśl ustępu 1 § 12 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Sprawiedliwości o wyrobie, obrocie i przechowaniu eteru etylowego z dnia 22 lutego 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 30 poz. 282) eter etylowy może być wydawany z aptek jedynie na podstawie recepty lekarza, lekarza weterynarii i lekarza-dentysty względnie felczera.

Zważywszy jednak, że eter etylowy w stanie czynnym zwykle zapisywany jest chorym celem stosowania przy wykonywaniu zastrzyków. Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia, że recepty na eter etylowy w stanie czystym (per se), zapisany przez lekarza (felczera) bądź to z napiskiem do stosowania we własnej praktyce, bądź to bezpośrednio choremu, apteki winny traktować jako zapotrzebowania i obliczać jako sprzedaż odręczną, zachowując jednak dla kontroli te zapotrzebowania.

Podsekretarz Stanu: *Dr. E. Piestrzyński*

*

Obszernie omówiliśmy poprzednio w 6 r. ub. zeszycie naszego pisma sprawę wyrabiania i rozpowszechniania przez czynniki niepowołane *specyfików dla celów dentystycznych.* W prasie farmaceutycznej artykuł ten znalazł głośny oddźwięk. Czy co się zmieniło? Nie wiemy. Polskie Powszechne T-wo Farmaceutyczne ma zająć właściwe stanowisko w obronie prawa i w celu zapobiegawczym ze względu na szkodę społeczną. Zadaniem Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej jest zajęcie również pewnego stanowiska odnośnie do naszego zawodu, t.j. z punktu widzenia dobra czy szkody dla ważnej sprawy — dziedziny zębolecznictwa, związanej z niewłaściwymi i nieprawnymi sposobami wyrabiania i rozpowszechniania specyfików dla naszych celów, m. in. past do umartwienia miazgi (dewitalizacji — „uśmiercania“ — *brr!)* Użyliśmy tu terminu „dobra“, bowiem, jak nam wiadomo, są zwolennicy, nawet bardzo gorący, potajemnego fabrykowania czy też sui generis rozpowszechniania jawnego, półjawnego, przez niefachowe siły. Aby tym „zwolennikom“ wygodne było nabywanie tych środków, a nie trzeba mieć „kramu“ z pisanina zapotrzebowań!

Z pewnym udostępnieniem lekarzom-dentystom zapotrzebowania do własnego użytku środków odurzających „skojarzy się“ zapewne fabrykacja tych past — „legalnie“ czy też nielegalnie nie nasza sprawa — której nie odmówi się też dodawania tych środków dla osiągnięcia ich lepszej jakości (według pewnych przepisów). Nie mówimy o różnych wy twórniach, laboratoriach, pracowniach i fabryczkach pod różnymi nazwami i godłami, dostarczających tych środków, a które wszak podlegają pewnym przepisom prawnym, należy zaznaczyć, że odpowiedzialność lekarza-dentysty na tym punkcie zostaje spotęgowana na skutek nieprzepisowego nabywania środków heroicznych bez wystawienia wymaganego zapotrzebowania dla apteki, która właśnie *wyłącznie* te sprawy załatwiać może jako instytucja prawnie odpowiedzialna. Stwierdzenie u lekarza-dentysty środka silnie działającego *bez dowodu prawnego pochodzenia* pociągnie za sobą przykre konsekwencje, które tylko pewne umysły mogą zignorować i zironizować. A umysły takie, jak wszędzie, mamy w naszym zawodzie, o poglądach swoistych, które szczepią obstrukcję i dążą do wytkniętego celu (swego).

W sprawie specyfików podajemy tu następujące rozporządzenie:

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. o wyrobie i obrocie specyfików farmaceutycznych, Dz. U. R. P. nr. 70 r. 1926 z dnia 19 lipca.

§ 4. Specyfiki farmaceutyczne mogą być wyrabiane tylko w aptekach, w fabrykach, przeznaczonych do wyrobu złożonych preparatów farmaceutycznych oraz przeznaczonych do tegoż celu oddziałach fabryk chemicznych.

§ 7. Każdy specyfik farmaceutyczny musi być zaopatrzony w etykietę. Na etykiecie mają być podane:

a) nazwa preparatu;

b) nazwisko osoby (firma), której udzielono zezwolenia, oraz nazwa i adres laboratorium;

c) części składwe w ogólnie używanej nomenklaturze farmaceutycznej w sposób czytelny w języku łacińskim bez skróceń; jeżeli w skład specyfiku wchodzą środki silnie działające, należy podać ich ilości ciężarowe;

d) ogólny sposób użycia.

Przy specyfikach, które mogą być wydawane jedynie z przepisu lekarza, umieszczenie na etykiecie sposobu użycia nie jest obowiązujące;

e) numer rejestru (§ 6);

f) ewentualna uwaga, że specyfik może być wydawany jedynie z przepisu lekarza;

g) wyraźnie widoczna cena detaliczna w obrocie krajowym w walucie polskiej.

§ 10. W razie zastrzeżenia, że specyfik farmaceutyczny może być wydany jedynie z przepisu lekarza, apteki obowiązane są przy wydawaniu ściśle do tego się stosować.

§ 12. Specyfiki farmaceutyczne, które wolno wydawać tylko z przepisu lekarza, mogą być ogłaszane jedynie w fachowej prasie lekarskiej, weterynaryjnej i farmaceutycznej.

§ 14. Specyfiki farmaceutyczne, wyrabiane poza granicami Państwa Polskiego, wolno wprowadzać do obrotu handlowego tylko po uprzednim uzyskaniu na to pozwolenia.

§ 17. Sprzedaż specyfików farmaceutycznych, które nie posiadają na opakowaniu uzyskanego w sposób przepisany numeru rejestracyjnego, jest wzbroniona.

*

Wiadomo, że w handlu spotyka się wyroby do naszych celów pochodzenia zagranicznego (pasty, środki znieczulające i inne) legalnie a przeważnie nielegalnie sprowadzane przez różnych „pośredników" nawet hurtowo, nie mające jednak prawa debitu, co więcej — rozpowszechniane są nawet przez domokrążnych sprzedawców, hardo niekiedy odpowiadających na zapytanie o źródło pochodzenia środka. Niektóre środki zawierają środki silnie działające. Rzecz prosta, sprzedawane są też każdemu, a więc i nielekarzom. Szkoda, stąd powstająca, jest jasna. Odpowiedzialność karna nabywającego jest tu nie mniejsza, aniżeli sprzedawcy i odsprzedawcy. Kara jest tu podwójna: bez zapotrzebowania prawnoprzepisowego i nabywanie przemycanego (najczęściej) artykułu.

Dlaczego Polska wzorem innych państw wprowadziła ograniczony kontygent środków odurzających?

i

Czy kokaina w celu ograniczenia jej stosowania do minimum może byc zastąpiona innym środkiem znieczulającym w zębolecznictwie?

— o tym pomówimy obszernie.

K.

LEGALNIE CZY NIELEGALNIE?

Wśród nader licznych reklam, ukazujących się w prasie codziennej, aż nadto dalekich od przepisów prawnych, niestety tolerowanych, niektóre zasługują na *szczególną* uwagę. Pozostawiając dokładne omówienie różnych spraw tego rodzaju na później, zatrzymamy się tu na jednej ze wzglę-

du na jej osobliwy charakter. Stwierdza ona, jak *całkiem otwarcie* wykoślawione są obowiązujące przepisy prawne, jak podważany jest autorytet naszego prawa!

W „Naszym Przeglądzie“ z dnia 14 sierpnia 1938 r. w dziale drobnych ogłoszeń i w tymże piśmie z dnia 31 lipca 1938 r., w tymże dziale, ukazały się dwa ogłoszenia:

I. Lekarza-dentystę zagranicznym dyplomem (technika-extractora) na założenie zakładu poszukuje stomatolog urządzeniem.
Zakopane, Ajencja Siemianowskiego „Spółka“.

II. Lekarz-dentysta otrzyma dodatkowo gażę bez obowiązków.
Zakopane, Ajencja Siemianowskiego. „Legalnie“.

Młody kolega zaciekawiony taką „zachętą“ wystosował pod powyższy adres list „propozycyjny“. Na list ten otrzymał następującą odpowiedź z datą dnia 4.VIII.1938 r.

„Wielmożny Panie Kolego!
„W odpowiedzi na „Legalne“ — donoszę:

Od roku 1931 przebyywam prawie ciągle ze względów zdrowotnych w Zakopanem, równocześnie prowadząc przez zastępców we Lwowie gabinet dentystyczny; jednakowoż podupadł tenże tam coraz bardziej tak, że przenoszę z końcem b. m. stały zakład dentystyczny do Zakopanego, do centrum. Niezależnie zaś od tego prowadzę na podst. Rozp. Prez. R. P. z r. 1927 przez oba sezony w Zakopanem jako uzdrowisku gabinet przez okres 5 miesięcy w roku, co jest tamże rozporządzeniem dozwolonem legalnie.

Ponieważ w jednej miejscowości (jako takiej) nie wolno na jedną firmę prowadzić dwóch gabinetów dendyst. — a chciałbym mój na przedmieściu Zakopanego prowadzony sezonowy gabinecik utrzymać, bo jest obok mego pomieszkania prywatnego i coś niecoś zawsze przynosi — przeto potrzebuję dla niego drugą firmę, w której zastępstwie ja jako pełnouprawniony lekarz i na mą osobistą lekarską odpowiedzialność mógłbym tamże drugi gabinet prowadzić. Zależnie więc od tego, czy Pan Kolega dysponuje swą firmą jeszcze, więc jako stałą — albo też, o ile Kolega ma już swój stały gabinet pod swą firmą, to w każdym razie ma Kolega prawo niezależnie od niego mieć (w. pow. Rozp.) przez 5 miesięcy w roku sezonowy gabinet w uzdrowisku — w Zakopanem; więc w jednym lub w drugim — albo w obu wypadkach proszę mi łaskawie podać, ile Kolega żąda za swą firmę miesięcznie bez swej pracy i bez potrzeby przebywania w Zakopanem, co jest legalnem absolutnie znów na podst. Rozp. Prezyd. z dn. 25.IX.1932 r. o wykonywaniu praktyki lek. Mianowicie „art“ 6“ tego powiada w „ustępie 4“: dosłownie: „Stałe wykonywanie praktyki na terenie innej Izby jest dozwolone, lekarz obowiązany jest jednak Izbę tę poprzednio zawiadomić“. (Przepis ten ma zastosowanie dla ordynujących sezonowo w uzdrowiskach a posiadających stałe miejsce zamieszkania na terytorium innej Izby“). Podczas gdy ten ustęp 4 art. 6 to samo powiada, co Rozp. o lek. dent. z 1927 — to uzupełnienie tego w ustępie 6 (b) jest to, z czego ja chcę korzystać. Bo-

wiem ustęp 6 (b) art. 6 tego„ Rozp.“ powiada dosłownie: „...ograniczeniom, wymienionym w ustępie 4 niniejszego artykułu nie podlegają (b) lekarze, podejmujący się zastępstwa na określony przeciąg czasu“.

Wynika z tego, że zastępca, t. zn. ja nie jestem nawet obowiązany nigdzie tego zgłaszać, o ile ja Kolegę w gabinecie na Jego firmę zastępuję.

O ile to Koledze odpowiada, proszę skompletować ewentualnie swe papiery i równocześnie mnie swe propozycje przesłać (za czystą firmę i to zupełnie bez Kolegi odpowiedzialności, bo to biorę na siebie „jako uprawniony zastępca“).

Proszę o odpowiedź jaknajprędzej z wiadomych powodów.

Z poważaniem i koleżeńskim pozdrowieniem

Stomatolog **dr. med. Zygmunt Renner.**

Zakopane 3 (dr. do Olczy).

Propozycja niezła. Pytanie — legalnie czy nielegalnie płacić tylko za firmę?

W każdym bądź razie sądzimy, że Lwowska Izba Lekarska tę sprawę rozstrzygnie, bowiem w grę tu wchodzi nie tylko sprawa wyłącznie stomatologiczna. Ponieważ na tego rodzaju propozycje, jak wiadomo. zawsze amatorzy się znajdują, to: czy i tym razem amator się znalazł i czy taka „Legalna“ spółka pomyślnie prosperuje?

W spisie lekarzy z r. 1936 dr. Zygmunt Renner figuruje we Lwowie (Ketrzyńskiego 21), w Zakopanem zaś nie figuruje.

Sądzimy, że zawiłą w naszym mniemaniu sprawę Lwowska Izba Lekarska wyjaśni, aby móc podzielić się z czytelnikami.

„KAPITAN JUDYM LECZY ZĘBY W PORTOWEJ PRZYCHODNI DENTYSTYCZNEJ“...

Dziwny tytuł w piśmie zawodowym! Szczegóły jednak, kryjące się pod nim, podane w piśmie codziennym (Express Poranny z dnia 24 VII r. ub.) są *dla nas* z wielu względów ciekawe, pomimo że ujęte są w formie reportażu dziennikarskiego. Musimy się zgodzić z faktem, iż różne sprawy naszego życia zawodowego nie z naszej winy są dla nas niedostępne, wypada więc korzystać z każdej wiadmości, podawanej w tej lub innej formie, tej lub innej treści dla ustalenia faktów, zasługujących na zaznaczenie z naszego punktu widzenia i rzucających pewne światło na istotny stan rzeczy...

P. St. S. pod wymienionym nagłówkiem opisuje obchodzącą nas właśnie *organizację pomocy dentystycznej* w środowisku ze wszech miar zasługującym na uwagę, za co mu tylko wdzięczni jesteśmy. Podobno w omawianej organizacji bierze udział wielu kolegów, jednak o żadnych dotychczas szczegółach nie słyszeliśmy.

Jak więc „Kapitan Judym leczy zęby?“

Gdynia...

Mały dom, wtłoczony między obszernymi magazynami przy Nabrzeżu Polskim.

W dwupokojowym lokalu tego budynku powstała Przychodnia Dentystyczna Ubezpieczalni Społecznej. Dom jest stale oblegany.

— Bo tam „leczy zęby — kapitan Judym“ — mówi z dumą marynarz o wysokim czole inteligenta. — Tak „nasz kapitan Judym“.

— „Nasz kapitan Judym“ — myślę, wchodząc do poczekalni. Ale nim się dostaję do gabinetu „kapitana“, słucham opowiadań pacjentów.

— „Cztery miesiące żeglowaliśmy z Australii do Gdyni. Zwariować można było! Prawie cała załoga chorowała na szkorbut! O, patrzcie, co z zębów zostało“ — opowiada dalej żeglarz, odsłaniając mięsiste wargi. W szczękach kołaczą się tylko niedobitki niegdyś potężnych siekaczy marynarskich. Dzięki Bogu, że bodaj to zostało!

— „A mnie w Buenos-Aires źle zaplombowali kieł“ — skarży się drugi — „i myślałem, że oszaleję z bólu. Dopiero na środku oceanu bosman wyrwał go ciesielskimi obcęgami, chociaż pierwszy oficer był stanowczo za zwykłym ćwiekiem okrętowym i młotkiem. Na drugi dzień czułem się lepiej i mogłem już pracować, ale gęba mi spuchła jak dynia. Dopiero „kapitan Judym“ wykurował mnie tutaj. Dzisiaj ostatni raz kazał przyjść. „Tak na wszelki wypadek“ — powiedział — „proszę jeszcze raz do mnie zajrzeć“.

Chciałoby się długo słuchać tych opowiadań, lecz zostaję wezwany do gabinetu lekarza. Lekarz „kapitan Judym“, jak go popularnie nazywają wdzięczni marynarze, mówi krótko:

— Stan zębów polskich marynarzy był opłakany. Stąd powstawały inne niedomagania. Dlatego Ubezpieczalnia Społeczna delegowała mnie początkowo na największe statki, aby w czasie podróży można było leczyć zęby załogi. Z czasem, gdy uzębienie naszych „wilków“ zostało doprowadzone do porządku, utworzono Portową Przychodnię Dentystyczną. Leczy się tu ludzi morza, legitymujących się książką żeglarską.

Ubezpieczalnia Społeczna w Gdyni stwierdziła u marynarzy wysoką zapadalność na różne choroby z powodu zaniedbanego uzębienia. Ropne zapalenie okostnej, zapalenia stawów, schorzenia serca i nerek pobudziły Ubezpieczalnię do ujęcia sprawy w sposób zasadniczy. Jest dążeniem Ubezpieczalni postawić sprawę uzębienia marynarzy w ten sposób, by żaden marynarz nie dostawał się na statek z chorymi zębami. Dzięki więc rozumnemu i naprawdę życzliwemu ustosunkowaniu się Ubezpieczalni Społecznej do marynarzy, stan zdrowia polskich załóg okrętowych poprawił się znacznie. Przedsiębiorstwa żeglugowe są zadowolone z powodu większej wydajności pracy zdrowych marynarzy, a oni nie

znoszą już zbytecznych mąk, spowodowanych chorobą uzębienia. Szkoda tylko, że nie wszystkie towarzystwa okrętowe zrozumiały wielką prawdę: Załoga zdrowa i dobrze traktowana opłaca się znacznie lepiej, niż trzymana „krótko". Marynarze — a przekonałem się o tym w ciągu długiego pływania na statkach w charakterze lekarza-dentysty okrętowego — są idealnymi pacjentami, jeśli się z nimi dobrze obchodzić. Miałem też z tego powodu wprost wzruszające dowody wdzięczności marynarzy".

— Więc skąd nazwa: „kapitan Judym"?

— Sam nie wiem, kto mnie tak „ochrzcił". Niech tam! Ale śmieszy mnie, gdy np. Szwed, Norweg, ba, nawet już jakiś Arab, pytał łamaną angielszczyzną: „Capitan Judym"? Od chwili otwarcia Portowej Przychodni Dentystycznej, t.j. w kwietniu poprz. r. przewinęło się przez moje ręce zgórą 1.500 żeglarzy. Przeciętnie wypadało na jednego pacjenta jedno usunięcie zęba i jedna plomba. Stąd wynika, że usunięto 1.500 zębów i wstawiono tyleż plomb. Ogółem zaś było przeszło 7.000 wizyt" — kończy „kapitan Judym" z Portowej Przychodni Dentystycznej w Gdyni.

Kim jest „kapitan Judym" — nie wiemy"...

ZJAZDY.

IX POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

Główny Komitet Organizacyjny.

Warszawa, Małachowskiego 2,

Klinika Dentystyki Zachowawczej Akad. Stomatologicznej.

Przewodniczący: *Prof. dr. Szepelski K.*

Sekretarka: *L. d. Maksajdowska St.*

W dniach od 31.X do 3.X r.b. włącznie odbędzie się w Warszawie IX Polski Zjazd Stomatologiczny; jednocześnie odbędą się liczne demonstracje oraz płatne praktyczne 4-dniowe pokazy z osobistym udziałem uczestników Zjazdu.

Jako temat główny obrano:

„Okołozębice (paradentosis, pyorrhoea alveolaris) i ich stosunek do medycyny jako całości".

Opłata za udział w Zjeździe wynosi zł. 12, a od osób towarzyszących po zł. 6, które należy wpłacać na konto czekowe P. K. O. Warszawa *D. Mesz Nr. 15061.*

4-dniowe pokazy praktyczne odbędą się w dniach 31.X, 1, 2 i 3.X r.b. w godzinach wieczornych, a w razie większej liczby uczestników grupy będą dublowane. Liczba uczestników w grupach będzie ograniczona do 7 — 10 osób tak, aby każdy uczestnik mógł wykonać osobiście zabiegi. Koszt udziału w każdym pokazie zł. 40. Ze względów produktywności kierownictwo pokazów doradza zapisanie się na jeden lub najwyżej dwa pokazy, aby osiągnąć w ten sposób maximum naukowo-praktycznych korzyści.

Zgłoszenia na udział w pokazie praktycznym i honorarium (40 zł.) należy wpłacać na konto *P. K. O. 15086 Konrad Szepelski, Warszawa* z dokładnym podaniem brzmienia pokazu w/g programu.

Program zjazdu:

1. Dnia 31 października 1939 r.

a) 1-szy dzień pokazów praktycznych w godzinach od 17-ej do 19-ej

b) zapoznanie się uczestników Zjazdu o godzinie 20-ej (lokal zostanie podany później).

2. Dnia 1 listopada 1939 r.

a) uroczyste nabożeństwo,
b) otwarcie Zjazdu,
c) w godzinach wieczornych (17 — 19) pokazy praktyczne.

3. Dnia 2 listopada 1939 r.

a) wykłady od 9-ej do 12-ej,
b) demonstracje od 12-ej do 14-ej,
c) wykłady od 15-ej do 17-ej,
d) pokazy praktyczne od 17-ej do 19-ej,
e) bankiet od 20 i pół.

4. Dnia 3 listopada 1939 r.

a) wykłady od 9-ej do 12-ej,
b) demonstracje od 12-ej do 14-ej,
c) zamknięcie Zjazdu od 15-ej do 16-ej,
d) praktyczne pokazy od 17-ej do 19-ej.

Dotychczas zgłoszono wykłady.

Prof. dr. H. Wilga.

1. Zasady leczenia ran postrzałowych szczęk i obrażeń twarzy.

2. Pomoc rannym na froncie z ranami postrzałowymi szczęk i obrażeń twarzy.

3. Czy należy na wypadek wojny uzupełnić sanitarne wyszkolenie wojskowych lekarzy znajomością leczenia ran postrzałowych szczęk i obrażeń twarzy.

Doc. dr. med. et phil. W. Słonimski i lek.-dent. Piotr Borymow.

Z badań nad unaczynieniem związków zębów u płodów ludzkich i zwierząt ssących (z pokazem).

Dr. Misiński Jan, Morszyn-Zdrój (wykład zastrzeżony).

Prof. Dr. A. Meissner (wykład zastrzeżony).

Adj. lek-dent. Wejrochowa (wykład zastrzeżony).

St. asyst. lek-dent. Szaniawska (wykład zastrzeżony).

Klinika Dentystyki Zachowawczej.

Prof. Dr. K. Szepelski.

1. Niektóre preparaty organoterapeutyczne w dentystyce.
2. Znaczenie biomechaniki w okołozębicach.
3. Kliniczna metodyka diagnostyki schorzeń okołozębia.
4. Terapia schorzeń okołozębia.

Adiunkt lek-dent. St. Maksajdowska.

Diagnostyka różniczkowa schorzeń okołozębia na podstawie rentgenogramów.

Klinika Protetyczna.

Zast. Prof. Doc. dr. W. Cybulski.

1. Elementy chroniące przyzębie, wynikające z budowy wyrostków zębodołowych oraz z konstrukcji dostawek.
2. Reakcja biologiczna i patologiczna na ucisk okołozębia wywierany przez dostawki (ewentualny).

Adj. lek-dent. Galasińska-Landsbergerowa.

Wskazania i planowania protetyczne przy okołozębicy.

St. asyst. lek-dent. Darewska-Lubczyńska.

Mosty do zdejmowania przy okołozębicy.

Klinika Ortodontyczna.

Prof. dr. M. Zeńczak.

Zabiegi regulacyjne a schorzenia przyzębia.

Adj. lek-dent. Grzybowska.

Charakterystyka systemów regulacyjnych: sprężynkowych, Andressena i Schwartza.

St. asyst. lek-dent. Kondrat H.

Przyzwyczajenia jako czynnik zniekształcający szczęki i łuki zębowe.

As. lek-dent. Łabiszewska F.
Zniekształcenia zębowe na tle krzywicy.
As. lek-dent. Matysówna I.
Zniekształcenia szczękowe przy schorzeniach dróg noso-gardzielowych.
As. lek.-dent. Słońska H.
Rola dziedziczności w nieprawidłowościach szczękowych.

Referaty na tematy wolne.

St. asyst. lek-dent. Morawski.
Kurczliwość stopów złotych, a masy ogniotrwałe ze szczególnym uwzględnieniem mas krajowych.

D. n.

ORZECZENIE SĄDU.

ORZECZENIE NAJWYŻSZEGO TRYBUNAŁU ADMINISTRACYJNEGO.

Wyciąg z wyroku z dnia 5 lipca 1938 r. L. rej. 481/36.

Stanowisko „starszego asystenta kliniki stomatologicznej nie jest równoznaczne z nadaniem stopnia naukowego w rozumieniu § 2 Rozporządzenia Min. W. R. i O. P. z dnia 16 stycznia r. 1929 (Dz. U. nr. 69).

Lekarz-dentysta N. N. w Poznaniu umieścił na swej tablicy informacyjnej w bramie domu słowa „były starszy asystent Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego".

Zarząd Miejski w Poznaniu uznał umieszczenie tych słów za sprzeczne z § 2 Rozp. ministerialnego z dn. 16/I 1929 r. (p. Dz. Ust.) i wezwał N. N. do ich usunięcia. Urząd Wojewódzki zatwierdził decyzję Zarządu Miejskiego, uznając, że dodatek „były asystent" nosi cechy reklamy.

Na skutek skargi N. N. N. T. A. orzekł:

„Prawodawca, mówiąc w § 2 Rozp. z dn. 16/I 1929 r. o stopniu naukowym, ma oczywiście na względzie przewidziane w obowiązującym prawie dowody, stwierdzające pewien poziom wiedzy danej osoby, wydawane właśnie w celu tego stwierdzenia przez powołane do tego organa Do takich dowodów nie należy nominacja na starszego asystenta szkoły akademickiej, gdyż jest ona tylko nadaniem stanowiska urzędowego w państw. szkolnictwie akademickim".

SPRAWY SKARBOWE.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 23 marca 1939 r.

wydane w porozumieniu z Ministrami: Spraw Wewnętrznych, Skarbu, Sprawiedliwości, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Rolnictwa i Reform Rolnych, Przemysłu i Handlu oraz Komunikacji o uzupełniającym wykazie samodzielnych wolnych zajęć zawodowych, podlegających opłacie na Fundusz Pracy.

Dz. U. Rz. P. nr. 372 dn. 25 kwietnia 1939 r.

§ 1. (1) Na następujące osoby, trudniące się wykonywaniem samodzielnych wolnych zajęć zawodowych, rozciąga się obowiązek uiszczania na rzecz Funduszu Pracy opłaty w wysokości 1% ich opodatkowanego dochodu z pracy zawodowej:

1) publicyści,
2) mierniczowie przysięgli,
3) księgowi,
4) rzecznicy patentowi,
5) *technicy dentystyczni.*

(2) Opłacie tej nie podlegają uposażenia służbowe, ani wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę, otrzymywane przez osoby wskazane w ust. (1).

§ 2. Pierwszy wymiar opłaty, przewidzianej w art. 17 ustawy o Funduszu Pracy, od podlegającego opodatkowaniu dochodu z pracy zawodowej osób, trudniących się wykonywaniem samodzielnych wolnych zajęć zawodowych, wymienionych w § 1, będzie dokonany za rok podatkowy 1939.

§ 3. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Opieki Społecznej:

Marian Zyndram-Kościałkowski.

KRONIKA

Sprostowanie.

W z. 1 (styczeń—luty) r. b. pozostawiono kilka korektorskich błędów. Na str. 17, w. 8 od góry, winno być: *„wymagało większego wydatku“* Na str. 5, w. 12, od góry, winno być: *„powszechnie poważany“* (zam. uważany).

Odznaczeni.

Odznaczeni zostali *Złotym Krzyżem Zasługi:* prof. dr. Antoni Cieszyński (Lwów), dr. med. Leopold Brennejsen, lek. dent. Maurycy Krakowski i lek. dent. Leon Sachs. (Monitor nr. 75 z dnia 31 marca 1939 r.).

Liczba lekarzy i lekarzy-dentystów w Anglii.

Liczba lekarzy w Anglii wynosi blisko 60.000, lekarzy-dentystów 15.000. Uzyskało w ostatnich czasach prawo praktyki dentystycznej zaledwie 200 osób pochodzenia nieangielskiego.

W Plymouth odbył się doroczny Zjazd British Medical Association, korporacji lekarzy angielskich, na którym zakomunikowano, że Związek Lekarzy wyraził zgodę, aby rząd udzielił zezwoleń na osiedlenie się w Anglii 50 lekarzy żydowskich uchodźców z Austrii. Lekarze ci będą rozprowadzeni po różnych ośrodkach na terenie całego kraju. Wskazano na Zjeździe możliwość udzielenia pracy lekarskiej w niektórych koloniach angielskich, w których tu i ówdzie przypada po jednym lekarzu na 20.000 ludności.

Wśród uchodźców do Anglii są też znakomici stomatolodzy austraiaccy, znani ze swoich prac naukowych.

Liczba lekarzy-dentystów w Ameryce i ich zarobki.

Stany Zjednoczone Ameryki P. liczą blisko 56.000 lekarzy-dentystów, których przeciętny zarobek roczny wynosi 8000 dolarów. Statystycznie obliczono, iż na jednego mieszkańca wydaje się rocznie 3,66 dol.; 21% ludności ogólnie nie korzysta z pomocy dentystycznej.

Personel wojskowy służby zdrowia w Stanach Zjednoczonych.

W 1936 r. ustalony został na: 1033 lekarzy i 183 l.-dentystów przy stanie liczebnym armii 165.000. Na 1000 stanu liczebnego armii przypada prawie 7 lekarzy i 1 lekarz-dentysta.

W lotnictwie zatrudnionych jest 48 lekarzy.

Liczba szeregowych w wojskowej służbie zdrowia wynosi 8,363. Jest ona zbyt mała tak, że stale tylko 700 szeregowych sanitarnych może się szkolić (pg. L. Wojsk. 1 r. 1939).

Obostrzenia w stosunku do nostryfikantów praktykujących w szpitalu.

Izby Lekarskie wydały ostrzeżenie w sprawie zatrudniania jako asystentów, lub wolontariuszy oraz dla celów specjalizacji w klinikach, szpitalach, lecznicach i t.p. lekarzy, którzy nie posiadają uprawnień do wykonywania praktyki, co w pierwszym rzędzie dotyczy nostryfikujących dyplomy uczelni zagranicznych. Osoby wykonywające prace asystentów, lub wolontariuszy, muszą bowiem mieć prawo praktyki i wykazywać się zaświadczeniami rejestracyjnymi urzędów wojewódzkich, oraz izb lekarskich. Zatrudnienie osób nie uprawnionych do wykonywania praktyki

lekarskiej, grożą sankcje karne w postaci aresztu do 3 miesięcy i grzywien do 3.000 zł.

Zakaz sprzedaży specyfików w składach aptecznych.

Służba zdrowia zwróciła uwagę hurtowni aptecznych na niedopuszczalność dostawy niektórych specyfików farmaceutycznych do sprzedaży detalicznej w składach aptecznych. Dotyczy to t. zw. cpecyfików „krzyżykowych“, figurujących w oficjalnym spisie Państwowej Służby Zdrowia z zastrzeżeniem, iż mogą one być wydawane, jedynie za receptą lekarską. Dostawa i sprzedaż tego rodzaju specyfików w składach aptecznych będzie pociągać za sobą utratę koncesji.

Sprawa o niedozwolonym handlu złotem dentystycznym.

W Sądzie Okręgowym w Stanisławowie zakończył się głośny proces „dentystyczny“ przeciw lekarzom i technikom dentystycznym, oskarżonym o przekroczenie przepisów Ustawy o ograniczeniu wolnego handlu złotem dla celów dentystycznych.

Złotnika Horowitza skazano na 1 rok więzienia i 3000 zł. grzywny, jego syna Marka na 8 miesięcy i 4000 zł. grzywny, techników dentystycznych: Wolfarta na 6 miesięcy i 150 zł. grzywny, Seidla na 6 miesięcy i 100 zł. grzywny, dr. Nedilskiego na 1 miesiąc i 300 zł. grzywny, Berlischa na 1 miesiąc i 300 zł. grzywny, Beltucha na 2 tygodnie aresztu i 100 zł. grzywny, dr. Lam 1 tydzień i 200 zł. grzywny, Weidmana na 100 zł. grzywny, dr. Brinda 200 zł. grzywny, dr. Ordowera na 100 zł. grzywny, Kiwitza na 50 zł. grzywny.

Innych oskarżonych uniewinniono, przy czym Sąd wyłączył sprawę Ulmana i Dobrzańskiego, którzy do rozprawy nie stanęli. (K. Kr. 109, 21 r. 38).

Naganiacze lekarscy.

Dzięki energicznej postawie samorządu palestry zdołano zlikwidować t. zw. naganiaczy, z czyjej pomocy, niestety, korzystali niektórzy adwokaci. Obecnie do podobnej akcji przystępują sfery lekarskie. Naganiactwo w świecie lekarskim uprawiają niekiedy felczerzy, akuszerki, masażystki, pielęgniarki a nawet apteki. Zdarzały się wypadki, że rekomendujący lekarza felczer otrzymywał za to zapłatę. Wszelkie tego rodzaju sprzeczne z pojęciem etyki lekarskiej postępowania będą pociągały za sobą najsurowsze skutki w postaci dyscyplinarnych kar, a nawet pozbawienia prawa praktyki.

Nie jest bynajmniej tajemnicą, że i w *naszym świecie* tego rodzaju sposoby zdobywania praktyki nieraz mają miejsce. Do wyżej wyszczególnionego spisu dochodzą i technicy dentystyczni, którzy od każdego skierowanego pacjenta otrzymują odpowiedni rabat i następne „błogo-

sławieństwo“ na wykonanie roboty technicznej — aprobatę. Jak opowiadają, niekiedy „honorarium“ w porozumieniu z wykonawcą odrazu zostaje podwyższone, aby „rabat“ był większy. Pacjent o „tranzakcji“, rzecz prosta, nic nie wie, uważając jednak, że wykonanie roboty technicznej przez technika, który go „sprowadził“ do lekarza-dent. będzie znacznie „tańsze“ (niekiedy bywa wręcz odwrotnie, bowiem pacjent nie orientuje się w sytuacji). Psychika łatwowiernych. Kombinacje tego rodzaju z technikami, jak nas zapewniają, znane są nie tylko w Warszawie, zna je Łódź i inne miasta.

Zasługuje też na uwagę wiązanie się niektórych lekarzy-dentystów z rentgenologami. Głośno o tym porozumieniu mówią. Masowe kierowanie pacjentów, co wszak jest możliwe, bywa odpowiednio rabatowo „honorowane“. Kwoty niekiedy nie są bynajmniej minimalne. Pacjenci nie orientują się; że takie „ciche“ tranzakcje“ dzieją się z krzywdą dla pacjenta, nie należy się rozwodzić. Zła wola lub chęć przypodobania się z różnych względów mogą wszak też mieć miejsce. Koledzy też opowiadają o propozycjach, im czynionych przez hurtowników rentgenologów, rzecz prosta, bez pomyślnego wyniku. Sądzimy, że Izba Lekarsko-dentystyczna jak i Lekarska sprawy te wezmą pod uwagę.

Fryzjer... dentystyczny.

W sądzie grodzkim w Chorzowie toczyła się rozprawa przeciwko fryzjerowi Herszowi Konowi ze Szczawnicy, który pojawił się na terenie Chorzowa, reklamując się jako „dentysta“, lecząc zęby i wykonywając wszystkie roboty, związane z zawodem dentystycznym. Pacjentką oszusta była również niejaka Zofja Kamuzelowa, której Kon „wstawił“ mostek, wykonany rzekomo ze szczerego złota. Po kilku dniach twarz Kamuzelowej spuchła, a dziąsła zaczęły ropieć. Kobieta udała się do dentysty fachowca, który stwierdził, że „mostek“, zrobiony przez Kona, był wykonany z blachy. Blacha ta zraniła dziąsła Kamuzelowej, które zropiały, groziło jej zakażenie krwi. Oszusta sąd skazał na 1 rok więzienia.

Ukaranie lekarki-dentystki.

Referat karno-administracyjny Starostwa Powiatowego w Częstochowie rozpatrywał sprawę lekarki-dentystki Gitli Cymerman, stale praktykującej w Częstochowie. C. otworzyła drugą ordynację w Kazimierzu. Ponieważ zastępca nie był uprawniony do wykonywania praktyki dentystycznej, Starostwo Powiatowe skazało Cymerman na grzywnę w wysokości 50 zł. (!) z zamianą w razie nieściągalności na 5 dni aresztu (D. W. 89. 31. III. 38 r.).

Za 8 wybitych zębów — 8 miesięcy więzienia.

W Gdyni delegaci Związków często narażeni są na różne przykrości. Nie dawno na delegata Związku Transportowców — marynarza Firmana napadł na statku „Lech“ marynarz Woźniak, zwolennik Rezerwistów podczas drzemki uderzył śpiącego Firmana żelazem w twarz z taką siłą, że Firmanowi wybił 8 zębów i uczynił go niezdolnym do pracy na długie miesiące.

Związek Transportowców zrobił doniesienie do prokuratora o ciężkie uszkodzenie ciała. Na rozprawie zapadł wyrok, mocą którego Woźniak skazany został na 8 miesięcy bezwzględnego więzienia. Po wyroku Woźniak został odprowadzony do więzienia.

Inspekcja sanitarna w więzieniach, a sprawa pomocy dentystycznej.

Celem roztoczenia ścisłej kontroli nad stanem sanitarnym oraz lecznictwem w więzieniach, aresztach, zakładach wychowawczych i poprawczych, Ministerstwo Sprawiedliwości utworzyło inspekcję sanitarną i lecznictwa, której celem jest podniesienie stanu sanitarnego więzień, aresztów oraz zakładów wychowawczych i poprawczych, lecznictwa więziennego, higieny fizycznej i psychicznej skazanych, tymczasowo aresztowanych lub wychowanków.

Więzienia, areszty i zakłady wychowawcze i poprawcze podzielone zostaną na 15 okręgów inspekcyjnych. Inspekcja sanitarna i lecznictwa będzie dokonywana przez lekarzy więziennych (z prasy codziennej).

Rzecz ciekawa: gdy wszystkie instytucje państwowe ogłaszają statystyki, dotyczące *organizacji pomocy dentystycznej*, więziennictwo, aczkolwiek posiada oficjalnych lekarzy-dentystów, takich statystyk nie ogłosiło, bynajmniej nie spotykaliśmy. A może przeoczyliśmy? Obeznani z tym stanem rzeczy w ciągu szeregu lat, jeszcze przed wojną światową a następnie w pewnym okresie po wojnie, mogliśmy się przekonać o koniecznej racjonalnej organizacji omawianej pomocy dentystycznej. Wiele o tym powiedzieć moglibyśmy. Nie znając jednak obecnego stanu rzeczy, musimy się powstrzymać od tego kroku, w nadziei, że od naszych kolegów, widocznie zwolenników „złotego milczenia“, czegoś jednak dowiemy się.

Nie zawsze „milczenie jest złotem“. A gdy dodamy, że naczelnym lekarzem więziennictwa jest dr. Henryk Jankowski, stomatolog, ciekawość naszego zawodu tym bardziej zostanie zaspokojona. Tego wymaga też opinia społeczna. Są to sprawy bynajmniej nie uważane za tajemnice państwowe, o czym rozstrzygnąć może dodatkowo Ministerstwo Sprawiedliwości, któremu więziennictwo podlega.